Rok L. Kraków, dnia 9. grudnia 1911. Nr 49

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z kliniki dermatologicznej Uniw. Jagiell.

Badania nad występowaniem cylindruryi wśród leczenia rtęcią.

Podał

Prof. Dr Władysław Reiss.

Badania systematyczne osadów moczu w przebiegu rozmaitych metod leczenia rtęcią w celu stwierdzenia objawów podrażnienia nerek drogą eliminacyi tego leku, są nadzwyczaj skąpe. Dotycząca tego przedmiotu literatura wykazuje nam zaledwie kilkanaście prac, a wśród nich zaledwie kilka, których zadaniem było stałe badanie osadów moczu zupełnie wolnego od białka, t. j. pochodzącego od osób, których nerki przed rozpoczęciem leczenia rtęciowego były zupełnie zdrowe.

Z dotyczących autorów zasługują na wymienienie przedewszystkiem Fürbringer, Heller, Karvonen, Lüthje, Overbeck, Rosenheim, Bürgi, którzy zajmowali się tą sprawą wogóle, systematyczne jednak badania w tym przedmiocie i to na większym materyale chorych zawdzięczamy dopiero autorom nowszej doby, mianowicie Schwimmerowi, Welanderowi i Winternitzowi, których wyniki badań posunęły sprawę działania rtęci na nerki o wielki krok naprzód, wykazując, że małe nawet dawki rtęci, t. j. dawki lecznicze, bez względu na drogę, którą do ustroju zostały wprowadzone, wywołują w nerce stany drażnienia (zmiany irrytatywne), objawiające się t. zw. wałeczkomoczem, czyli cylindruryą w okresach, kiedy badanie chemiczne moczu zgoła żadnych zmian wykazać nie może. Zasługę wykazania tego faktu musimy przypisać jednak głównie Welanderowi, którego badania były wprawdzie dosyć jednostronne, ograniczały się bowiem prawie wyłącznie tylko do metody wcierań i tak zwanych pomazywań rtęciowych, ale który oparł się na badaniach, systematycznie i w seryach przeprowadzanych, przyczem zwracał stale uwagę na jakość i morfologię znajdowanych wałeczków, jakoteż na stosunek ich do ilości białka, o ile ono w dalszym ciągu leczenia pojawiać się zaczęło. Z szeregu ostatnich badaczów najnowszej doby zasługuje na uwagę Fischel (z Hall), którego prace, przeprowadzane w tymże samym kierunku na dosyć poważnym materyale chorych, dotyczą również częstego badania osadów moczu wolnego od białka z przeważnem uwzględnieniem metody wcierań.

Welander, streszczając swoją ostatnią pracę (Klinische Studien über Nierenaffectionen bei Syphilis), dochodzi pomiędzy innymi do następujących wniosków: 1) Leczenie rtęcią, wywołuje szczególnie przy dawkowaniu silniejszem, często wałeczkomocz, czasami także i białkomocz, które to objawy zupełnie podobnie, jak i rtęcicze zapalenie jamy ustnej (stomatitis mercurialis), zależnie od pewnego usposobienia występować mogą w lżejszej lub cięższej postaci. 2) Mocz wolny w zupełności od wałeczków i białka nie uprawnia podobnie, jak i zupełnie nienaruszone dziąsła, do wniosku, że wchłanianie rtęci nie następuje, lub też jest minimalnem. 3) Wałeczki w moczu, a także i białko, pojawiające się w przebiegu leczenia rtęcią, są przeważnie objawami przejściowymi i nie stanowią z reguły żadnego usposobienia do następowego schorzenia nerek.

Fürbringer, który pierwszy badał systematycznie mocz w przebiegu leczenia rtęcią, stosowaną w postaci przeróżnych przetworów i różnemi drogami, znajduje w 8% zaledwie wszystkich przypadków białko i to najwyżej w ilości $^1/_3$%. Osad badany drogą przesączania dawał wyniki z reguły ujemne; Fürbringer opisuje wprawdzie tu i owdzie obecność nielicznych wałeczków szklistych, jakie występowały po znaczniejszych już dawkach rtęci, nie przypisuje im jednakowoż wielkiego znaczenia. Nie spotykał natomiast nigdy ciałek czerwonych i wałeczków nabłonkowych, wyjątkowo tylko poszczególne komórki nabłonkowe nerek; innych postaci morfologicznych w osadzie nie wymienia zupełnie.

Badania Welandera, który posługiwał się prawie wyłącznie wirownicą Stenbeka, były o wiele dokładniejsze. Welander znalazł w 2 szeregach badanych przez siebie przypadków, leczonych rtęcią głównie w postaci wcierań, w 70% wałeczkomocz, któremu w bardzo nieznacznej tylko części odpowiadał białkomocz i to zaledwie bardzo małego stopnia.

Heller przeprowadzał w klinice Levina studya porównawcze nad działaniem rtęci na nerki pomiędzy metodą wcierań, a metodą wstrzykiwań 1% sublimatu i znalazł w 28 przypadkach wcierań 9 razy białko, t. j. w 24%, a na 241 przypadków leczonych 1% sublimatem także 9 razy białko, t. j. zaledwie w 3,7%. W pierwszej metodzie leczenia tylko w 2 przypadkach znajdował Heller łącznie z białkomoczem cylindruryę, w drugiej metodzie stwierdzono cylindruryę tylko raz jeden, i to u osoby, która już przed leczeniem rtęcią przechodziła zapalenie nerek.

Doświadczenia Holmensa zgadzają się mniej więcej z wynikami Welandera, autor ten znalazł 30 przypadków, w których mocz był wolny od białka, 4 razy cylindruryę znaczniejszego stopnia, przyczem jako próby białka używano wyłącznie tylko próby Hellera. Karvonen podaje wyniki badań ze swojej praktyki prywatnej, z których wynika, że dopiero po dłuższem podawaniu rtęci, i tak dopiero po przeprowadzeniu 20 wcierań, spostrzegał cylindruryę, ale też równocześnie także i białkomocz.

Na uwagę zasługują także wyniki, ogłoszone przez Gravagnasa, według którego badanie moczu przy stosowaniu dawek leczniczych rtęci dawało stale wynik ujemny i to tak w kierunku cylindruryi, jakoteż i białkomoczu, przyczem badania tegoż autora odnosiły się do 60 chorych. (Praca ta nie była mi dostępna w oryginale, z referatu zaś nie wynika stanowczo, w jakich odstępach czasu po rozpoczęciu leczenia badania były przeprowadzane; wyniki tej pracy pozostają jednak z wynikami większości autorów w oczywistej sprzeczności).

Zbierając powyżej przytoczone prace w tej sprawie, musimy przyznać, że jedynie Welanderowi udało się na znaczniejszym materyale udowodnić występowanie t. zw. cylindruryi hyalinowej przy równoczesnym braku białka, jako objawu towarzyszącego bardzo często leczeniu rtęciowemu w dawkach zwyczajnych i to już w dosyć krótkim czasie po rozpoczęciu leczenia. Zasługą tegoż autora pozostaną również systematyczne badania moczu chorych w dłuższy czas po ustaniu, względnie przerwaniu leczenia rtęcią, z których wynikało, że wałeczkomocz, jako wyraz podrażnienia nerek, nie ustaje prawie nigdy równolegle z zakończeniem leczenia, lecz może przetrwać je o okres czasu kilkutygodniowy, zależnie od drogi, jaką rtęć do ustroju wprowadzano, jak również od czasu trwania wydzielania się rtęci, przyczem jednak wydzielanie się rtęci trwa znacznie dłużej, aniżeli okres pojawiania się wałeczków w moczu. Innymi słowy badania Welandera wykazały, że wałeczkomocz odpowiada prawie zawsze okresom silniejszej eliminacyi rtęci drogą nerek dłuższy czas się odbywającej, a ustaje zazwyczaj na długi czas przed wydzieleniem się całej ilości przyjętej rtęci z ustroju. Co do białka, to pojawia się ono, jak z doświadczeń Welandera wynika, bardzo późno, albo też wcale nie, nawet przy bardzo znacznych ilościach wydzielającej się drogą nerek rtęci, mimo bardzo pokaźnej ilości wałeczków w moczu. Wogóle zauważył Welander, że białkomocz nie towarzyszy prawie nigdy wałeczkom szklistym i drobnoziarnistym, a pojawiać się zaczyna przy równoczesnem wydzielaniu się wałeczków nabłonkowych, a nawet i wtedy często w tak małej ilości, że tylko najczulszemi próbami wykazać się daje. Jako odczynnika bardzo czułego używał w takich razach Welander kwasu trójchlorooctowego. Przy ustępowaniu stanów podrażnienia nerek, a zatem w dłuższy czas po zakończeniu leczenia, znikało najpierw białko, i to w zupełności, a dopiero znacznie później znikały z pola widzenia wałeczki, i to przedewszystkiem nabłonkowe, a dopiero pod koniec wałeczki szkliste i drobnoziarniste. Białkomocz znaczniejszego stopnia, t. j. wykazalny już chociażby zwykłą próbą ksantoproteinową, znajdowano tylko przy bardzo forsownem lub bardzo długo trwającem podawaniu rtęci, a towarzyszyły mu wówczas najczęściej bardzo już liczne wałeczki nabłonkowe i krwinki czerwone w osadzie.

Zestawiając dotychczasowe wyniki nielicznych dotąd w piśmiennictwie badań działania leczniczych dawek rtęci na nerki w rozmaitych metodach jej stosowania, widzimy, że zapatrywania rozmaitych autorów w tej sprawie są jeszcze dosyć rozbieżne. Powodem tego jest z jednej strony fakt, że przedsiębrane dotychczas w tej sprawie doświadczenia wykonywano przeważnie dosyć dorywczo i na stosunkowo małym materyale, — a wyjątek stanowią tu bardzo systematyczne badania Welandera i poniekąd Fischla, — z drugiej zaś strony i ta okoliczność, że przeważnie badania w tym kierunku robiono w najrozmaitszych odstępach czasu odnośnie do przebiegu leczenia i często bez uwzględnienia zmniejszonych lub powiększonych dawek rtęci, względnie zmiany przetworu rtęci w ciągu całego okresu leczenia.

Te wszystkie szczegóły muszą w badaniach takich odgrywać bardzo ważną rolę, jeżeli z ciągłego szeregu takich badań chcemy wysnuwać zupełnie pewne wnioski.

Dlatego zabierając się do badań w tym kierunku, które rozpocząłem już przed kilku laty na materyale mojej kliniki, postanowiłem przeprowadzać je możliwie ściśle i systematycznie, uwzględniając z osobna każdą metodę leczenia, długość okresu leczenia, wiek leczonych chorych i okres ich choroby. Prócz tego zwracano przedewszystkiem uwagę na to, czy mocz chorych nie zawierał przed rozpoczęciem leczenia jakichkolwiek składników patologicznych, wyłączając już z góry te przypadki z szeregu odnośnych obserwacyi. Mocz badano zawsze w stałych odstępach czasu z uwzględnieniem wszelkich przerw w leczeniu, wywołanych indywidualną idyosynkrazyą wobec rtęci wogóle lub też wobec pewnych jej przetworów w szczególności.

Mając również na uwadze zdanie, często jeszcze w literaturze spotykane, że sole jodowe, podawane po zakończeniu pewnego okresu leczenia rtęcią, przyspieszają do pewnego stopnia wydzielanie się rtęci z ustroju, wywołując silniejszą eliminacyę także drogą nerek, skierowano badanie także i w tym kierunku, starając się ciągłem kontrolowaniem osadów w okresach leczenia przetworami jodu, kontrolować równocześnie i stan drażnienia nerek, który musiałby być niewątpliwie podtrzymywany wzmożonem wydzielaniem się rtęci w tym okresie drogami moczowemi.

W całym szeregu przypadków miałem sposobność śledzić dodatni wpływ kąpieli ciepłych pełnych u chorych z wałeczkomoczem w ciągu energicznego leczenia rtęcią i to metodą wstrzykiwań miąższowych; osady badane przed i po kąpieli pouczały naocznie o spadku stanu podrażnienia w okresach, w których rtęć znajdowała inne drogi opuszczenia ustroju.

Ale sprawę, która zasługiwała przedewszystkiem na uwzględnienie i której śledzenie postawiono w niniejszym szeregu doświadczeń na pierwszym niemal planie, stanowić miała odpowiedź na pytanie, czy rtęć stosowana w zwykłych dawkach leczniczych, wywołuje z reguły po pewnym czasie, szczególnie po dłuższem leczeniu obok wałeczkomoczu także białkomocz, choćby minimalnego stopnia, i jaki zachodzi rzeczywisty stosunek silnie rozwiniętej cylindruryi do wydzielania się białka, a wreszcie, czy wybitna cylindrurya stwier-

dzana stale i przez dłuższy okres czasu może istnieć bez śladu białkomoczu, jak to w wielu swoich przypadkach stwierdzał Welander.

Do szczegółowego zwracania uwagi na ten właśnie szczegół skłaniały mnie przedewszystkiem znane doświadczenia Lüthjego, któremu udało się stwierdzić drogą bardzo dokładnego badania osadów, że kwas salicylowy i jego przetwory wiodą do cylindruryi oraz równoczesnego wydzielania się białka; bardzo zajmującą przeto zdawała się odpowiedź na pytanie, czy też i rtęć, której działanie trujące na nerki jest tak dobrze znane, nie należy do tych ciał, które w dawkach leczniczych wywołują drażnienie tych gruczołów wśród objawów, ograniczających się przeważnie tylko do cylindruryi?

Badania osadów przeprowadzałem przeważnie wedle wskazówek Gentzena. Mocz przechowywano w oczyszczonych naczyniach przynajmniej przez dwadzieścia cztery godzin; w przypadkach, w których po upływie tego czasu nie uzyskiwano wyraźnego obłoczka, także przez dwie doby po poprzedniem dodaniu do moczu kilku kropli chloroformu. O ile osad był nieznaczny, zlewano całą warstwę moczu ponad obłoczkiem i pozostającą resztę zlewano do wirówki, lub też przelewano do naczyń wirówki wprost zsiadłą część obłoczka, braną zapomocą pipety. W niektórych zaś przypadkach, i to zwykle tam, gdzie zyskiwano łatwo znaczne osady, badano tenże pipetą wprost z naczynia, szczególnie u chorych, u których obecność wałeczków została stwierdzona już poprzednio w osadzie zyskanym zapomocą wirownicy. Badanie osadu zapomocą wirówki było wskazane zawsze w pierwszych okresach leczenia t. j. tam, gdzie chodziło o stwierdzenie bardzo nielicznych wałeczków, najczęściej szklistych, spotykanych często po jednym lub dwa w całym preparacie, albo też tam, gdzie mocz po dwudziestu czterech godzinach dawał tak minimalny osad, że badanie go pozwalało już z góry przewidywać prawie zawsze wynik ujemny. Wirówką posługiwano się również zawsze, kiedy chodziło o zbadanie osadów w pewnych stałych odstępach czasu, po zakończeniu pewnego okresu leczenia, t. j. po podaniu choremu pewnych stale oznaczonych dawek rtęci, kiedy zatem chodziło przedewszystkiem o porównaniu wyniku badania jednego okresu z drugim, t. j. z poprzedzającym. Wreszcie badano osady centryfugowane w celach porównawczych, sporządzając równocześnie preparaty z osadów, uzyskanych z tychże samych partyi moczu drogą zwyczajną, t. j. przez zachowanie moczu w naczyniu przez dwadzieścia cztery do czterdziestu ośmiu godzin, aby się przekonać, czy różnice obu sposobów badania przechylają korzyść na jedną lub drugą stronę. Badania te porównawcze osadów były właśnie w kierunku unaocznienia wydzielanych wałeczków bardzo pouczające. Wykazały one, że tam, gdzie wałeczków wydziela się bardzo skąpa ilość, jak to bywa po pewnych dawkach rtęci, wirowanie osadów staje się wprost koniecznem, bo pozwala wykazać wałeczki chociaż w tej skąpej ilości tam, gdzie ich w osadach zwykłą drogą uzyskanych prawie wykazać niepodobna. W późniejszych natomiast okresach, w których spostrzegać się dają wałeczki dosyć już liczne, a szczególnie jeżeli obok wałeczków szklistych widzimy także wałeczki ziarniste i nabłonkowe, tam badania porównawcze osadów wykazują różnice tak minimalne, że wyżej wymieniona korzyść ostatniej metody ustępować nawet zaczyna miejsca pewnym stronom ujemnym, z których najważniejsza jest pewna destrukcya elementów morfologicznych w osadzie. Zauważono, że ilość wałeczków, szczególnie ziarnistych, a także i nabłonkowych, staje się pozornie większą w polu widzenia przez to, że wałeczki przedstawiają się często w postaci ułamków mniejszych lub większych, często form szczątkowych, pozwalających tylko przy bardzo uważnem rozpatrywaniu preparatu na rozpoznanie, z czem się ma do czynienia. W tych zatem przypadkach, w których chodziło o ocenianie w przybliżeniu przynajmniej liczby wałeczków w kierunku wzmożenia się ich liczby w pewnych okresach leczenia rtęcią, wskazanem było niejednokrotnie ograniczyć się do badania preparatów z powolnie wytwarzających się osadów, szczególniej wtedy, kiedy badania odbywały się w krótkich odstępach czasu.

Dodać należy, że w każdym przypadku i to przy każdorazowem zbadaniu osadu badano równocześnie zawsze mocz co do białka, używając w tym celu najczęściej kwasu azotowego z równoczesną próbą kontrolną zapomocą kwasu octowego z żelazosinkiem potasu. W całym szeregu przypadków, szczególnie w pierwszej seryi przeprowadzanych badań, używano jako próby nadzwyczajnie czułej, próby sublimatowej Spieglera. Próby tej używano z uwzględnieniem późniejszej jej modyfikacyi. Jako odczynnikiem posługiwano się następującym rozczynem: »Sublimati corros. 4·0, Acidi tartarici 2·0, Glycerini 10·0, Aqu. destill. 100·0«.

Do pięciu cm^3 moczu dodawano jeden cm^3 30% kwasu octowego i cztery cm^3 powyżej wymienionego odczynnika Spieglera. Odczyn staje się wyraźnym po upływie bardzo krótkiego czasu, przyczem białko jest wykazalne jeszcze w rozcieńczeniu 1:350,000. Nie ulega wątpliwości, że próba Spieglera jest dla celów klinicznych bezwarunkowo za czuła, wykazuje bowiem także nukleoalbuminy, o które w tych razach zupełnie nie chodzi. Próby tej używałem też tylko od czasu, do czasu i to więcej tylko w celach porównawczych tam, gdzie chodzić mogło o zupełnie minimalne ilości białka.

Z każdego osadu badano każdym razem przynajmniej po dwa lub trzy preparaty, w razie zaś ujemnego wyniku badania także i więcej. Osady sporządzano najczęściej z moczu, oddanego rano, w którym znajdowano z reguły więcej elementów morfologicznych, aniżeli w moczu oddawanym w ciągu dnia.

Liczba przypadków, badanych w ciągu kilku lat ostatnich, a stanowiących podstawę do niniejszej pracy, dochodzi mniej więcej do trzystu. Ponieważ jednak starannie wyłączono z tej cyfry ogólnej wszystkie przypadki, w których stwierdzono białkomocz, chociażby najlżejszego stopnia, istniejący już przed rozpoczęciem leczenia rtęciowego, pozostała więc liczba dwustu dwudziestu przypadków zupełnie ścisłych obserwacyi w kierunku cylindruryi wywołanej rtęcią, na których oparto niniejsze zestawienie.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Wyciągi z narządów i wewnętrzne wydzielanie.

Podał

Prof. Dr L. Popielski.

Celem tej wzmianki jest zwrócić uwagę na pewne niedokładności, jakie zdarzają się w pracach rozmaitych badaczy, piszących o własnościach wewnętrznej wydzieliny tego lub innego narządu. Tak Dr K. Dłuski w swojej pracy: »O gorączce menstruacyjnej u kobiet gruźliczych (z uwzględnieniem niektórych objawów patologicznych« *) owe wnętrznej wydzielinie jajników pisze: »Nie jest również bliżej określona — jak powiada Biedl — chemiczna istota tej wydzieliny, choć jedna z jej właściwości, jak wypada z doświadczeń Schickelego, — antagonistyczna w stosunkach do właściwości wydzieliny nadnercza i przysadki mózgowej, — a mianowicie, hamujący wpływ na krzepliwość krwi i obniżenie jej ciśnienia, wydaje się dziś już ustaloną«.

Należy tu wyraźnie zaznaczyć, że obniżenie ciśnienia i niekrzepliwość krwi występuje pod działaniem wyciągu z każdego narządu: nadnerczy, przysadki mózgowej, mózgu, łożyska, trzustki i t. d. Każdy z tych wyciągów daje jeszcze cały szereg innych zjawisk (pomiędzy innemi wydzielanie mleka), szczegółowo przezemnie zbadanych.

Oczywiście więc zjawiska, otrzymane przez Schickelego pod działaniem wyciągów z jajników i macicy, nie są zjawiskami, zależnemi od swoistej ich wydzieliny. Ciało w wyciągach z narządów, obniżające ciśnienie krwi, bierze górę nad adrenaliną tylko w bardzo dużych dawkach; w mniejszych — zawsze adrenalina przejawia swoje działanie. Ciało to całkowicie znosi ciśnienie krwi, wywołane przez znajdującą się w przysadce mózgowej i we wszystkich innych narządach hypertensynę. Dla otrzymania działania hypertensyny należy ją oddzielić od wazodilatyny zapomocą kwasu fosforowolframowego. Hypertensyna różni się od adrenaliny pod względem chemicznym i fizyologicznym. Hypertensyna jest ciałem czynnem tak zwanej pituitryny i hipofizyny, jednak nie przedstawia nic swoistego dla tego narządu i nie może być uważana za jego wydzielinę, jak to widać z obszernych badań Dra J. Studzińskiego, ogłoszonych w »Przeglądzie lekarskim« (1911 Nr 29—36). O hypertensynie również w »Przeglądzie lekarskim« (1909 Nr 19) umieściłem krótsze doniesienie (»Nowe ciało w ustroju, podnoszące ciśnienie krwi«).

Z tego, co przytoczyłem, widać, że zapomocą badania wyciągów nie jesteśmy w stanie poznać swoistej wydzieliny narządów.

Wydzielina nie pozostaje na miejscu, w gruczole, ale przechodzi do krwi i właśnie we krwi należy szukać tej wydzieliny, co np. zostało zastosowane do nadnerczy. W samym gruczole można znaleść zaledwie ślady wydzieliny, która daje się wykryć w przypadkach tylko bardzo charakterystycznego działania, jakie np. przedstawia adrenalina.

*) Przegląd lekarski, 1911, Nr 47, str. 756.

O gorączce menstruacyjnej u kobiet gruźliczych (z uwzględnieniem niektórych objawów patologicznych).

Przez

Dra Kazimierza Dłuskiego.

(Dokończenie).

Pierwsza grupa, w której za punkt wyjścia bierzemy czas przed nastąpieniem miesiączki. Tu zamiast obniżenia T spotykamy następujące kombinacye:

a) Podniesienie się ponad zwykłą T w granicach 0·4—0·5—1·0, lecz niekoniecznie na kilkanaście dni przed M, jak to podaje teorya falowania V. de Veldego, ale zwykle na 3—6 dni. Podniesienie to trwa aż do chwili ukazania się M, a więc bez spadku na 1—2 dni przed M, gwoli pomienionej teoryi. Mamy tu, jako przeciętne typy, chore w I. okresie (Turbana) [13]) z podniesieniem o 0·4—0·6 na 3—5—11 dni przed M; chore w II. okresie z podniesieniem 0·6 na 6 dni przed M; wreszcie ciężko chore w III. okresie z podniesieniem 0·4 na 3 dni przed M.

b) W kilku przypadkach wzniesienie się T nastąpiło dopiero w wigilię M. Jako średnie typy mamy dwie chore w I. okresie z bardzo lekkiemi zmianami w płucach, z przebiegiem bezgorączkowym (czasem 37·2—37·3); podniesienie o 0·4—0·5.

Jako przykład zaś możemy podać chorą w III. okresie, panią N., 33 lat, chorą już od 11 lat, 3 dzieci zdrowych, której leczenie w ciągu 3 miesięcy szło bardzo pomyślnie, bez gorączki, z przybytkiem wagi 4½ kg. W wigilią M podniesienie się T o 1·5, w dzień zaś pojawienia się M spadek do poziomu prawidłowego.

c) Podniesienie się na 3—10 dni przed M o 0·4—0·6, pozostaje w tych granicach przez pierwsze dwa dni lub przez cały czas trwania M, niezależnie od okresu choroby.

Pomijając chore w I i II okresie, przytoczymy jako przykład pannę P., lat 25, która przyjechała ciężko chora w III okresie z wysoką gorączką początkową do 39⁰ i doznała ogromnej poprawy z przybytkiem wagi 14 klg. w ciągu 3 miesięcy; — podniesienie się T o 0·6 3 dni przed i podczas M.

Druga grupa, w której punktem wyjścia są zmiany T podczas M. Tu rozróżniamy dwie postacie: a) Podniesienie się wyłącznie podczas M, które trwa 1—2 dni tylko, lub przez cały czas trwania M w granicach 0·4—1·5, a później spadek do poziomu prawidłowego i to także niezależnie od nasilenia choroby. Jako przykłady możemy przytoczyć dwie chore.

Pierwsza z nich, panna G., 23 lat, z bardzo nieznacznemi zmianami szczytowemi w I okresie, przebieg leczenia pomyślny, naogół bezgorączkowy, czasem 37·2—37·3. Otóż w ciągu 3—4 dni podczas M ciepłota wznosi się o 0·4 ponad zwykły poziom. Druga chora, panna M., 14 lat, ze zmianami, które zaliczamy do II okresu, przebieg leczenia pomyślny, bezgorączkowy — podniesienie się o 0·6 tylko przez pierwszy dzień M.

[13]) Trzymamy się dawnej klasyfikacyi Turbana na trzy okresy wedle rozległości zmian anatomicznych, jako pewnego udogodnienia schematycznego, rozumiejąc wszelkie braki każdej sztucznej klasyfikacyi w chorobie, gdzie najważniejszym czynnikiem w jej przebiegu jest odporność ustroju, o której sądzimy »post hoc«, nie znając bliżej jej biologicznej istoty.

b) podniesienie się podczas, które trwa dalej po ukończonej M, przypominając poprzedni typ c) z I grupy z tą różnicą, że tam podniesienie podczas M było poprzedzone podniesieniem przed M, tu zaś podniesieniu podczas M towarzyszy dalszy ciąg podniesienia się po M. Jako przykład możemy przytoczyć dwie chore.

Pierwsza z nich, pani B., lat 36, matka 4 dzieci, ze zmianami w II okresie, z przebiegiem leczenia pomyślnym, z gorączką, która dochodziła na początku do 38° i wyżej, a później znikła — ma podniesienie o 0·4 ponad zwykłą swą ciepłotę 4 dni podczas i 6 dni po ukończonej M.

Druga chora, panna K., 23 l., z dużemi zmianami w III okresie, z ciągłymi stanami podgorączkowymi, 37·4—37·5, dochodzącymi czasem do 38—38·2, z przebiegiem leczenia zmiennym, choć ostatecznie względnie pomyślnym, gdyż stan ogólny i płuca nieco poprawiły się. Tutaj spotykamy podniesienie ponad zwykłą ciepłotę o 0·5 podczas M i 2—3 dni po M. Pacyentka ta jednak zmarła w kilka miesięcy po opuszczeniu zakładu.

Przypadek ten potwierdzałby w danym razie spostrzeżenia Turbana, że podniesienia po M dają rokowanie niepomyślne. Mamy w tym względzie kilka innych przypadków, dotyczących ciężko chorych w III okresie, gdzie przy pogorszeniu spostrzegaliśmy podniesienia ciepłoty, bądź wyłącznie po ukończonej M, bądź też podniesienia po M były poprzedzane przez podniesienia podczas M albo wreszcie podniesienia: przed i podczas i po M, bez przerwy. Niektóre z tych chorych, o ile mogliśmy się dokładnie poinformować, zmarły w kilka lub kilkanaście miesięcy po opuszczeniu sanatoryum.

Z drugiej strony jednak mamy lekko chore, któreby stanowiły trzecią grupę i u których spostrzegaliśmy podniesienia wyłącznie po M. Jednak przebieg leczenia i oparte na niem rokowanie były zupełnie pomyślne. Przypadki więc takie zaprzeczają spostrzeżeniom Turbana ([57]) i jednocześnie potwierdzają nasze zdanie, że wahania T nie dadzą się ująć w żadne określone prawidła i że na nich nie można, bez uwzględnienia całego szeregu ważnych objawów chorobowych, budować rokowania, gdyż twierdzenia oparte wyłącznie tylko na wahaniach T wiodą do błędnych wniosków.

Mamy wreszcie czwartą grupę ze spadkami ciepłoty, o których — o ile nam z dostępnej literatury wiadomo — wspominają pierwsi A. Gluziński i Grek. Zaznaczają oni jednak, iż spotykali spadki przeważnie podczas M, rzadziej po M, ale nigdy przed, lub w okresie międzymiesiączkowym. Otóż w naszym materyale spotykaliśmy rozmaite kombinacye, które nie dadzą się ująć w jakieś określone ramy, ale które można ilustrować na podstawie następujących przykładów.

Panna H., 23 l., lekko chora w I okresie, stan bezgorączkowy z czasowemi lekkiemi wzniesieniami, przebieg leczenia pomyślny. W 2—3 lat po opuszczeniu zakładu ma się dobrze, prowadzi tryb życia zwyczajny. Spadek 0·4 tylko podczas M.

Panna A., 36 l., ciężko chora, w III okresie, stan gorączkowy od 37·5—39, przebieg i rokowanie niepomyślne. Spadek 0·4 trzy dni przed M, ale od pierwszego dnia podniesienie się o 0·4, które trwa przez trzy dni podczas M.

Panna R, 27 l., bardzo nieznaczne zmiany szczytowe w I. okresie, przeważnie stany podgorączkowe (37·3—37·4), przypuszczenie gruźlicy nerek; po 5 miesięcznem leczeniu stan tensam. Spadek dwa dni przed i pierwszy dzień podczas M o 0·4, później powrót do zwykłej T.

Z tych przykładów wypada wniosek, że niepodobna przeprowadzić równoległości między krzywą ciepłoty a przebiegiem choroby, choć byłaby to rzecz wielce pożądana zarówno z czysto teoretycznego, jak też i klinicznego stanowiska.

Idąc dalej po drodze tej analizy, możemy przedstawić jeszcze dwie grupy, które wprawdzie nie mają ściśle odrębnych cech, choćby z tej przyczyny, że — jak nas poprzednie przykłady pouczają — w wahaniach T przy całej różnorodności, są pewne punkty styczne; grupy te jednakże mają pewne charakterystyczne cechy.

Grupa piąta: ciepłota przeplatana. Nic lepiej nie uwydatni naszej myśli, jak przytoczenie paru przykładów klinicznych.

Panna D., 18 l., lekko chora w I okresie. Pierwsza połowa leczenia T podgorączkowa (37·3—37·4), później stany bezgorączkowe, leczenie przebiegło bez żadnych powikłań, z wynikiem: duża poprawa. Na 4 spostrzegane M druga M z T niezmienioną. Pierwsza M z ciepłotą podniesioną o 0·6 (właśnie wtedy, gdy T dochodzi o 37·3—37·4) podczas i 2—3 dni przed M; trzecia T podniesiona tylko podczas o 0·6; czwarta M, podniesienie przed i podczas o 1·5.

Drugi przykład: pani H. 25 l. w II okresie gruźlicy płuc, z gruźlicą jelit (stwierdzoną bakteryologicznie i klinicznie). Trzy spostrzegane okresy przedstawiają się w następujący sposób: pierwszy z ciepłotą podniesioną ponad zwykłą podgorączkową, 3 dni przed M i 3 dni podczas M o 0·4. Drugi i trzeci natomiast przebiegają z ciepłotą niezmienioną.

Tu jednak trzeba zauważyć, że w chwili II okresu była dość wybitna poprawa płuc i jelit ze znacznym przybytkiem wagi (8 klg.), ze skłonnością do obniżki ciepłoty; wszystko razem pozwalało na pomyślne rokowanie. Więc zachowanie się ciepłoty menstruacyjnej w chwili II okresu byłoby poniekąd w zgodzie z ówczesnym stanem choroby. Ale zato trzeci okres z niezmienioną ciepłotą nastąpił już po raptownem, znacznem pogorszeniu, które postępowało i doprowadziło chorą w ciągu 8 miesięcy do zejścia śmiertelnego.

Wreszcie ostatnia, szósta grupa, w której T zmienia się w pojedynczych tylko okresach. I ta grupa, jak poprzednie, nie posiada ściśle odrębnego typu, ale w każdym razie ma właściwe sobie cechy, która najlepiej uwidocznią następujące przykłady.

Pani L., 36 l., matka 5 dzieci, chora od 6 lat, ze zmianami w III okresie, odbyła trzy kursy leczenia w sanatoryum w ciągu 3 lat, z przebiegiem bezgorączkowym i z wynikami nader pomyślnymi, ma na 11 spostrzeganych M 8 z T niezmienioną, trzy zaś z podniesioną, a mianowicie: trzecia, czwarta i szósta. Wprawdzie niewielka domieszka krwi w plwocinie może nam wytłómaczyć podniesienie się T o 0·4 podczas trzeciej i przed czwartą M. Ale przy szóstej M nie było żadnego objawu chorobowego, tymczasem ciepłota podniosła się ponad zwykłą już nie 0·4, lecz o całe 1·5 na 3 dni przed M.

Pani O., lat 40, matka 2 dzieci, chora już od lat 7, ze zmianami w III okresie, z pomyślnymi wynikami 11-miesięcznego leczenia w sanatoryum, o przebiegu bezgorączkowym, ma na 13 spostrzeganych M 11 bez zmiany T, natomiast trzecia i dziesiąta z podniesieniem o 0·4 ponad zwykłą T i tylko podczas M. Dla usprawiedliwienia podniesienia się T mamy żyłki krwi w plwocinie na 4—5 dni przed trzecią M, oraz bóle w boku w miejscu dawnego zapalenia opłucnej, ale podczas dziesiątej M nie zaszło nic nieprawidłowego.

Wreszcie trzeci przykład. Pani S., 20 l., chora od 5 lat, zmiany w III okresie, przebieg bezgorączkowy, wyniki świetne, ma na 6 spostrzeganych M trzecią z rzędu w chwili najwyraźniejszej poprawy, gdy przybytek wagi wynosił 8 klg. z podniesieniem o 1·5 ponad zwykłą T podczas M 3 dni tylko i to bez żadnej wyraźnej przyczyny.

Tym jednak przykładom, gdzie spotykamy zmiany T paradoksalne, możemy przeciwstawić dwa inne, gdzie zwią-

zek przyczynowy między zmianami T, a danym stanem chorobowym wydaje się nam wyraźniejszym.

Panna K., 17 l., chora od 3—4 miesięcy zaledwie, duże zmiany w płucach, III okres, przebieg zmienny, częste stany podgorączkowe, ostatnie 2 miesiące czasem T 40°, ma na 7 M 4 M bez zmiany, natomiast pierwsza z podniesieniem o 1·5 podczas M; trzecia o 0·7 po M i to w chwili poprawy stanu płuc i stanu ogólnego, a więc bez usprawiedliwienia. Natomiast siódma M z podniesieniem przed i podczas M o całe 2, ale w ślad za tem duży krwotok, wysokie gorączki i wyraźne pogorszenie. Zejście w 11 miesięcy po opuszczeniu zakładu.

Pani L., 23 l., w III okresie, z dużemi zmianami w płucach; leczenie trwało cały rok. W 3. miesiącu leczenia wyraźna poprawa, trwająca, z małemi zboczeniami, przez 6 miesięcy, potem pogorszenie. Na 9 spostrzeganych M 6 bez zmiany zwykłej T, a mianowicie: 1-sza, 2-ga, 3-cia, 6-ta, 7-ma i 8-ma; 4-ta i 5-ta w chwili poprawy płuc i stanu ogólnego z podniesieniem o 0·5 podczas lub przed i podczas M bez określonej przyczyny. Natomiast w chwili zupełnego pogorszenia, trwającego od 2 miesięcy, 7-ma i 8-ma M bez zmiany T; 9-ta zaś ze zwyżką o 1.5 przed i 0·8 podczas M. Odtąd miesiączki znikły; chora zaś w 3 miesiące potem zmarła.

Z tych wszystkich przykładów wypadają poszczególne wnioski bardzo paradoksalne. Okazuje się, że wahania T są niezależne od chwili miesiączki: przed, podczas lub po M i niezależne także od nasilenia lub polepszenia podstawowej sprawy wbrew twierdzeniom niektórych autorów (np. Scherer i Turban[56]). O ile w ciągu leczenia następują stopniowe przejścia T prawidłowej w podniesioną lub naodwrót, w miarę pogarszania się lub polepszania stanu chorej, to zjawisko takie może dałoby się wytłómaczyć wpływem zmienności samego zakażenia na cały ustrój, a więc na poszczególne jego czynności, a zatem na miesiączkowanie — i na odwrót, oddziaływaniem miesiączkowania na chory ustrój. Ale właśnie widzieliśmy fakty wręcz przeciwne. Jeśli przytoczeni na początku autorowie (Giles, Kersch, L. Zuntz, Van de Velde, Kraus, Stephenson, Reinl), podają tak różnorodne, co się tyczy czasu i skali, wahania ciepłoty u kobiet zdrowych, to cóż mówić o chorych, a zwłaszcza na gruźlicę, gdzie poszczególne czynności ustroju podlegają najrozmaitszym zaburzeniom i gdzie przebieg choroby sam przez się, abstrahując od zaburzeń czysto menstruacyjnych, jest tak zmienny i nieobliczalny, gdzie znów z drugiej strony gruźlica narządów płciowych u młodych dziewcząt (»juvenile Tuberkulose«) skądinąd nie pociąga za sobą — oprócz zaburzeń w miesiączkowaniu — innych poważniejszych zaburzeń w ustroju i — jak powiada Gräfenberg — może być wyleczona [14]).

Pozwolimy sobie, kończąc przegląd naszego materyału, podać jeszcze jeden przypadek, przedstawiający pewien przyczynowy związek między wahaniem T., a przebiegiem choroby.

Panna S., 22 l., operowane w dzieciństwie gruczoły na szyi; na 6—7 miesięcy przed przybyciem do sanatoryum stałe stany podgorączkowe (do 37·5—37·6), przy minimalnych zmianach szczytowych w I okresie, bez rzężeń; chora nie kaszle, nie pluje, odbyła 4 kursy leczenia w latach 1906—1911, razem $17^1/_2$ miesięcy; spostrzegano 16 M. Po 4 miesiącach leczenia w 1-ym kursie 10-miesięcznym utrata gorączki i wybitna poprawa, która się utrzymuje przy następnych dodatkowych leczeniach (»Nachkur«). W ciągu pierwszych 4 miesięcy, podczas stanów podgorączkowych, T stale podnosi się o 0·4—0·5 na 11 dni przed i 5 dni podczas M, a później powoli spada do zwykłego poziomu. W miarę ustępowania stanów podgorączkowych i poprawy stanu ogólnego, wzniesienia stopniowo coraz mniejsze (0·3—0·4 lub 0·3 tylko) i czas ich trwania przed i podczas M coraz krótszy, t. j. z 11 dni stopniowo spada do 2—3 dni, aż wreszcie ciepłota pozostaje prawidłową przed, podczas i po M, aż do końca pobytu, nie mówiąc o małych niestałych wahaniach w granicach 0·2. Taka T zachowuje się bez zmiany podczas 2. i 3. kursu leczenia. Lecz podczas 4. dwumiesięcznego kursu w 1911 r., gdy chora przyjechała do zakładu zimą, po przebytej grypie, z lekkim i krótkotrwałym stanem podgorączkowym, nieco osłabiona (płuca bez pogorszenia), T wzniosła się przy 1 M o 0·3—0·5 ponad zwykłą na 11 dni przed i 4 dni podczas M. Przy 2 M, gdy stan zdrowia poprawił się, pozostała T już bez zmiany.

Przykład ten, wbrew poprzednim, moglibyśmy nazwać »logicznym«; wykazuje on poniekąd związek między zachowaniem się T, a przebiegiem choroby. Na tem kończymy analizę kliniczną naszego materyału.

Rozpatrując poszczególne grupy naszego materyału, podawaliśmy pobieżnie wnioski, logicznie z cyfr i faktów wynikające. Na zakończenie pragnęlibyśmy ująć je w pewną całość w związku z teoretycznem rozważeniem ważniejszych spraw z dziedziny gorączki i miesiączkowania. Wydaje się nam bowiem uzasadnionem twierdzenie, że tylko wtedy sprawa ciepłoty menstruacyjnej będzie wyjaśnioną, gdy biologiczno-fizyologiczna strona gorączki i miesiączkowania zostanie dokładnie zbadana.

Wnioski nasze przedstawiają się, jak następuje:

Biologiczna rola gorączki, a specyalnie jej wpływ na przemianę materyi, oraz jej zachowanie się w stosunku do samoobrony ustroju, przedstawiają skądinąd wybitne sprzeczności. Miesiączkowanie, jako jedna z najważniejszych czynności ustroju kobiecego, zarówno pod względem fizyologicznym, jak i biologicznym, nie jest dotąd należycie wyjaśniona, przemiana zaś materyi w okresie miesiączkowym napotyka w badaniach poszczególnych autorów również na wielkie sprzeczności.

Na gruncie panującej dziś teoryi chemicznej da się wytłómaczyć, ale tylko w ogólnych zarysach, występowanie całego szeregu nieprawidłowych objawów, zarówno w zakresie samej miesiączki, jakoteż i w czynności różnych narządów u kobiet zdrowych, tem samem u chorych, ze zmniejszoną odpornością całego ustroju. Ale tu zachodzi pytanie, jakim jest stosunek między trującą wydzieliną jajników, a toksynami, pochodzącemi od drobnoustrojów chorobotwórczych, — w naszym zaś przypadku toksynami lasecznika gruźlicy? Czy zachodzi stale działanie synergetyczne, czy też może wypaść działanie antagonistyczne, jakie przez analogię, wprawdzie oddaloną, spotykać możemy w zakażeniach drobnoustrojowych mieszanych lub wtórnych? Wprawdzie Kolle i Hetsch wątpią o antagonistycznym stosunku przy zakażeniach mieszanych, jednak doświadczenia Saty nad zwierzętami wykazały, że w gruźlicy »przy danych warunkach zakażenie wtórne może niekoniecznie pogarszać chorobę podstawową, lecz przeciwnie

---

[14]) W sprawie wyleczenia pierw. gruźlicy narządów płciowych, powiada Sellheim, co następuje: »Schon häufig wurde nach erstmaliger Exploration die Tendenz zur Spontanheilung an den sehr harten auf Verkalkung hinweisenden Knoten der Tube u. an den auf Schrumpfung deutenden starken Einschnürungen erkannt«.

wywierać na nią wpływ dodatni« ([47]) [14]). Do przypuszczenia o stosunku antagonistycznym mogą upoważniać nas lekkie zaburzenia w okresie menstruacyjnym przy nieznacznem podwyższeniu ciepłoty u kobiet ciężko chorych i wysokie ciepłoty w okresie ozdrowienia. Ale, oprócz przypuszczalnego antagonistycznego stosunku między wydzieliną jajników i toksynami drobnoustrojowemi, sprawa wikła się jeszcze jednym możliwym czynnikiem, a mianowicie nadwrażliwością, znaną zarówno z doświadczeń nad zwierzętami, jak i z badań nad ludźmi. Wiemy, że stanowi ona biologiczną granicę między stanem ustroju dodatnim – uodpornieniem — i stanem wręcz ujemnym, czasem wysoce patologicznym, bo wiodącym do śmierci. Czy nie wolno przypuszczać, że wydzielane z jajników w ciągu danego czasu ciało chemiczne czyni wrażliwym w sposób szczególny ustrój kobiecy, skoro zważymy nawet u kobiet zdrowych w różnych narządach szereg ciężkich zaburzeń w okresie menstruacyi, czasem z widocznemi oznakami zatrucia? A jeszcze drugie pytanie, logicznie z pierwszego wynikające: jakiem będzie działanie toksyn chorobotwórczych na ustrój w ten sposób »uczulony«? — Rozważając to wszystko, możemy powiedzieć, że tylko w ogólnych zarysach, i to bez bliższego uzasadnienia, da się uchwycić gorączka menstruacyjna w jej różnobarwnych postaciach, oraz fantastyczne wahania T w chorobach zakaźnych wogóle, a tem samem i w gruźlicy.

Wobec powyższych danych, gruźlica nie wydajc się nam — jak to twierdzą niektórzy autorowie — czynnikiem rozstrzygającym w gorączce »menstruacyjnej«, lecz na równi z innemi chorobami stanowi ona grunt, w pewnych warunkach podatny dla trującego działania wydzieliny jajników w okresie menstruacyi.

Wobec wysoce nieprawidłowego przebiegu gruźlicy, tak, że u ciężko chorych widzimy niejednokrotnie zupełnie sprawną czynność poszczególnych narządów, oraz przemianę materyi — jak zaznacza Magnus Alsleben — niemal zupełnie prawidłową, z drugiej strony, wobec niejednokrotnie prawidłowego miesiączkowania u ciężko chorych, oraz większych lub mniejszych nieprawidłowości u lekko chorych, nie możemy dopatrzeć się bezpośredniego przyczynowego związku między gorączką, a nasileniem sprawy podstawowej, a tembardziej nakreślać na podstawie poszczególnych objawów jakieś określone prawidła dla gorączki. Na podstawie dostępnego nam piśmiennictwa, oraz na podstawie własnego materyału, nie możemy twierdzić, aby gruźlica w porównaniu z innemi chorobami zakaźnemi miała wywierać bardziej od nich ujemny wpływ na T w okresie menstruacyi.

Nasza statystyka wykazuje, że u 56% kobiet, spostrzeganych w ciągu $1^1/_2$—18 miesięcy, gruźlica nie wywiera żadnego wpływu na ich zwykłą ciepłotę.

U reszty, T podlega najrozmaitszym wahaniom, niezależnie od nasilenia choroby i niezależnie od chwili: przed, podczas lub po menstruacyi w granicach $0{\cdot}3^0$—$1{\cdot}5^0$ do 2^0. — Jeszcze raz powtarzamy, że u tej samej chorej może zachodzić wielka kapryśność w wahaniach, gwoli której w ciągu szeregu miesięcy menstruacya może odbywać się przy zwykłej T i raptem, w chwili zupełnej poprawy zdrowia, mogą nastąpić niczem nieusprawiedliwione, nawet wysokie wzniesienia, trwające raz krócej, raz dłużej. I naodwrót, po wzniesieniach może nastąpić zwykła ciepłota chorej. Wzniesieniom mogą towarzyszyć różne patologiczne objawy lub nie.

[14]) Str. 142.

Spotykamy też u tej samej chorej spadki w tych okresach, gdzie dawniej T była prawidłowa lub wzniesiona. Spadki te podlegają różnym wahaniom i nie przedstawiają ściśle określonego typu.

W sprawie rozpoznania nie możemy się zgodzić ryczałtowo na to, że każda kobieta — dziewica lub mężatka — mająca gorączkę menstruacyjną, przy braku rozpoznania innej sprawy chorobowej, ma być uważana za gruźliczą. Cyfry nasze, a także i takie fakty n. p., jak krwioplucia podczas lub w zastępstwie menstruacyi, stwierdzone przez poważnych klinicystów u kobiet niegruźliczych, zaprzeczają zbyt pospiesznym wnioskom. Mamy tylko prawo do podejrzeń w kierunku gruźlicy.

W sprawie rokowania również nic określonego powiedzieć nie możemy. Ani podniesienie T po menstruacyi, ani wysoka skala T nie przesądzają z góry o pogorszeniu sprawy podstawowej, o ile równolegle nie spotykamy szeregu innych, niepomyślnych dla rokowania objawów. Również sporadyczne obniżenia T niczego pewnego nie dowodzą.

Najpewniejszym, zda się, wskaźnikiem będzie ta okoliczność, gdy podniesienia T w ciągu całych miesięcy stopniowo stają się mniejszemi, czas zaś trwania staje się coraz krótszym, jak n. p. w ostatnim przypadku, dotyczącym panny S. Jeśli zamiast n. p. $37{\cdot}5$—$37{\cdot}6$ w ciągu 10—12 dni przed M spadek T dojdzie do $37{\cdot}2$—$37{\cdot}3$ w ciągu 2—3 dni tylko, wtedy rokowanie może przedstawiać się pomyślnie. — Czy zjawisko odwrotne będzie nakazywało rokować pomyślnie, powiedzieć nie możemy.

Wogóle sprawa gorączki menstruacyjnej jest dziś bardzo powikłana. Tylko bliższe wyjaśnienie istoty wydzieliny jajników i jej oddziaływania na poszczególne narządy i czynności ustroju pozwoli, — na podstawie analizy obfitego materyału — dojść do wniosków ściślejszych o przyczynowym związku ciepłoty menstruacyjnej z przebiegiem sprawy gruźliczej.

Piśmiennictwo. 1) Aronsohn. Allgemeine Fieberlehre. Berlin 1906. — 2) Tenże. Üb. Wärmebildung im Fieber. Berl. kl. Woch. 1907. Nr 24. — 3) Aronsohn u. Citron. Exp. Untersuchungen üb. d. Bedeutung der Wärmestichhyperthermie für die Antikörperbildung. Zeitsch. f. exp. Pathol. u. Therapie. T. 8 1910. — 4) Barankiejeff. Wirkung des Fiebers auf den Verlauf der Infektion. Zeit. f. klin. Med. ref. Münch. m. Woch. 1909, Nr 32. — 5) Biedl. Innere Sekretion. Wien 1910. — 6) Bottermund. Üb. d. Beziehungen d. weibl. Sexualorg. zu den oberen Luftwegen. Monatschr. f. Geb. Gyn. T. IV. 1896. — 7) Bossi. Einfluss der Menstruation, der Schwangerschaft u. sw. auf die Muskelkraft. Arch. f. Gynäkol. T. 68. — 8) Cornet. Die Tuberkulose. Wien 1899. — 9) Daremberg. Traitement de la phtisie pulmonaire. T. 2. Paris 1892. — 10) L. Fränkel. Die Funktion des Corpus luteum. Arch. f. Gynäk. T. 68. — 11) E. Franck. Zur Frage des Menstr-Fiebers tuberkulöser Frauen. Berl. klin. Woch. 1905, Nr 42. — 12) Fürst. Zwei praktisch wichtige Fälle von Hysterie. Münch. m. Woch. 1900. Nr 14. — 13) Gräfenberg. Dysmenorrhoe u. Tuberkulose. Mün. m. Woch. 1910, Nr 10. — 14) A. Gluziński. Zarys ogólnej patologii i terapii gorączki. Kraków 1896. — 15) Tenże. Uwagi nad obrazem klinicznym stanów przejściowych u kobiet w związku z zaburzeniem w wydzielaniu wewnętrznem gruczołów bez przewodów. Gaz. lek. 1909, Nr 46. — 16) A. Gluziński i Grek. Wpływ miesiączkowania na przebieg

ciepłoty w rozmaitych stanach chorobowych. Nowiny lek. 1910. Z. 1. — 17) Hauptmann. Vikariierende Menstruation in Form von Lippenblutungen. Münch. m. Woch. 1909. Nr 41. — 18) Herard, Cornil et Hanot. La phtisie pulmonaire. Paris 1888. — 19) Heimann. Zyklischer Verlauf bei Lungentuberkulose. Beitr. z. Klin. der Tuberkulose. T. V. Z. 1. — 20) Klein. Über Ursache u. Bedeutung der Menstr-Blutung. Münch. m. Woch. 1911 Nr 19. — 21) Kroemer. Die Diagnose u. Therapie der Genitaltuberkulose des Weibes. Deut. m. Woch. 1911. Nr 23. — 22) Kolle u. Hetsch. Exper. Bakteriologie u. die Inf.-krankheiten. T. I. Berlin-Wien 1911. — 23) Köhler i Behr. Temp. Suggestionen bei Tuberkulose. Münch. m. Woch. 1904. Nr 48. — 24) Kober. Über vicariierende Menstruation durch die Lungen etc. Berlin. klin. Woch. 1895. Nr 2. — 25) Kraus. Uber prämenstr. Temperatursteigerung bei Lungentuberkulose. Wien. m. Woch. 1905. Nr 13. — 26) Lüdke. Über die Bedeutung der Temp.-Steigerung für die Antikörperproduktion. Deut. Arch. f. klin. Med. T. 95. Z. 5 i 6. — 27) Magnus-Alsleben. Über die Beziehungen zwischen Temp. Erhöhung u. Stoffwechsel. 26 Kongr. f. Innere Medizin. Wiesbaden 1909. — 28) Marfan. Phtisie pulmonaire. W Traite de medecine Charcot et Bouchard. Paris 1893. — 28) bis. Möller. Handbuch der Lungentuberkulose. Wiesbaden 1910. — 29) Müller. Das Vorkommen u. die Bedeutung halbseitiger erhöhter Temperatur bei Lungenaffektionen. Münch. m. Woch. 1908. Nr 51. — 30) Ott. Des lois de la périodicité de la fonction physiologique dans l'organisme feminin. Paris. Nouv. Arch. Obstetr. 1890. — 31) Pechkranz. Obecny stan wiedzy o gruczołach z wydzieliną wewnętrzną. Medycyna 1911. Nr 9, 10 i 11. — 32) Tenże. Niedomoga gruczołów z wydzieliną wewnętrzną. (Insuffisance pluriglandulaire). Medycyna 1911. Nr 16, 17 i 18. — 33) Peter. Leçons de clinique médicale. T. I. Paris 1873. T. II. Paris 1879. — 34) Plönies. Die gegenseitigen Beziehungen der Menstruation u. der Magenkrankheiten. XXV. Kongr. f. Inn. Medizin in Wien ref. Berl. klin. Wochens. 1908. Nr 17. — 35) Pópielski. O jadowitych ciałach prawidłowego ustroju w świetle własnych badań. Lwów, Tyg. lek. 1908. Nr 1. — 36) Tenże. Teorya hormonów w oświetleniu faktów. Ibid. 1911. Nr 28. — 37) Pozzi. Traité de Gynecologie. Paris 1892. — 38) Reinl. Die Wellenbewegung der Lebensprocesse des Weibes. Volkmanns Sammlung Nr 243. — 39) Ribemont-Dessaignes et Lépage. Précis d' Obstétrique. Paris 1894. — 40) Riebold. Über prämenstr. Temperatursteigerungen. Deut. m. Woch. 1906. Nr 11 i 12. — 41) Rolly. Über schädliche u. nützliche Wirkungen der Fiebertemperatur bei Infek.-Krankheiten. Mün. m. Woch. 1909. Nr 15. — 42) Tenże. Stoffwechseluntersuchungen im Fieber u. in der Rekonvalescenz, 26. Kongr. f. Inn. Medizin. Wiesbaden 1909. — 43) Tenże. Über den Stoffwechsel im Fieber u. Rekonvalescenz. 28. Kongr. f. Inn. Medizin. Wiesbaden 1911. — 44) Rosthorn. Die Beziehungen der weiblichen Geschlechtsorgane zu inneren Erkrankungen. Kong. f. Inn. Medizin. in Wien. Spraw. w Deut. med. Woch. 1908. Nr 17. — 45) Sabourin. Les exutoires tuberculeux du poumon. Rev. de Medecine 1903. Nr 3. — 46) Tenże. La fièvre menstruelle des phtisiques. Ibid. 1905. Nr 3. — 47) Sata. Über die Bedeutung der Mischinfektion bei der Lungen-Schwindsucht. Jena 1899. — 48) Schaeffer. Die Menstruation w Handb. der Gynäkol. von Veit. Bd. III. 1908. — 49) Scherer. Ein Fall von regelmässig wiederkehrenden prämenstruellen Lungenblutungen. Beitr. zur Klin. der Tuberkulose. Bd. VI. — 50) Schickele. Die Rolle des Ovariums unter den innersekretorischen Drüsen. 28. Kongr. f. Inn. Medizin in Wiesbaden 1911. — 51) Schmidt Moritz. Die Krankheiten der oberen Luftwege. Berlin 1897. — 52) Sippel. Tuberkulose der Genitalien u. des uropoetischen Systems beim Weibe. Deut. m. Woch. 1911. Nr 30. — 53) Sellheim. Über die Beziehungen der Tuberkulose zu den weiblichen Genitalien. Münch. m. W. 1911. Nr 31. — 54) Tarnier. Traité et l'art des accouchements. Paris 1888. T. I. — 55) Tobler. Über den Einfluss der Menstruation auf den Gesammtorganismus der Frau. Monatschr. f. Geb. u. Gynäk. T. XXII. 1905. — 56) Turban. Beitr. zur Kennt. der Lungen-Tuberkulose. Wiesbaden 1899. — 57) Tenże. Menstruation u. Lungentuberkulose w Tuberkulose-Arbeiten 1890—1909 aus Dr Turbans Sanatorium. — 58) Versammlung der Deut. Gesellschaft für Gynäk. München 1911. Deut. m. Woch. 1911. Nr 27. — 59) Van de Velde. Über den Zusammenhang zwischen Ovarialfunktion-Wellenbewegung u. Menstrualblutung. Jena 1905. — 60) Vogel. Das Vorkommen u. die Bedeutung halbseitiger erhöhter Temperatur bei Lungenaffektionen. Münch. m. Woch. 1908. Nr 39. — 61) Voornweld. Febris intermenstrualis. Zeitschr. f. Tub. T. VII. 1905. — 62) Widmer. Halbseitentemperaturen bei Appendicitis. Münch. m. Woch. 1908. Nr 12. — 63) Weismayr. Die Behandlung der Lungenblutungen. Handb. der Therapie der chron. Lungenschwindsucht von Schröder u. Blumenfeld. Leipzig 1904. — 64) Wolpe. Über Steigerung der Sekretion u. der Azidität des Magensaftes während der Menstruation. Deut. m. Woch. 1908. Nr 51. — 65) L. Zuntz. Untersuchungen über den Einfluss der Ovarien auf den Stoffwechsel etc. Arch. f. Gynäk. T. 78. — 66) Zuelzer. Meine Untersuchungen über Hormone. 27. Kongr. f. Inn. Medizin. Wiesbaden 1910. — 67) Zicharew. Przyczynek do nauki o miesiączkowaniu. Petersburg 1896 (po rosyjsku).

Oceny i sprawozdania.

A. Oberst. **Kurzgefasste chirurgische Operationslehre (Operationskurs) für Studierende und Aerzte.** Berlin 1911. (Karger).

Książka niniejsza ma przedewszystkiem tę zaletę, że zrywa z dotychczasowem szablonowem traktowaniem kursu operacyjnego, a przedstawia zabiegi więcej żywotnie i prócz tego uwzględnia nowsze zabiegi, np. na płucach, szew naczyń krwionośnych i t. p. Bardzo dobre ilustracye, niektóre kolorowane, opis narzędzi i uwzględnianie tylko najważniejszych sposobów operacyi czynią podręcznik ten przejrzystym i nader polecenia godnym. Klęsk.

Dr Bronisław Kaczorowski. **Elementarz higieniczny dla młodzieży szkolnej.** Lwów 1910. Nakładem c. k. Rady szkolnej okręgowej miejskiej.

Dawno podnoszone żądania o wprowadzenie lekarzy szkolnych spełniają się u nas stopniowo. Zanim jeszcze Kraków utworzył cały korpus lekarzy szkolnych, sprawa ta już weszła była na właściwe tory przynajmniej częściowo w szkołach prywatnych w Warszawie, oraz w niektórych szkołach ludowych we Lwowie i wnet zaczęły się pojawiać publikacye, dotyczące higieny szkolnej, poprzednio należące w naszem piśmiennictwie do rzadkości. Na gruncie galicyjskim wyprzedził Lwów w tym nowym ruchu inne miasta galicyjskie, a do rzędu pożytecznych pisarzy na tem polu przybył od niedawna Dr Kaczorowski, autor cennych i ciekawych badań nad stanem zdrowotnym kilkunastu tysięcy dziatwy szkolnej lwowskiej, zebranych w ciągu lat 5 (1907—1911), a przedstawionych na tegorocznym Zjeździe lekarzy i przyrodników w Krakowie. Chcielibyśmy tu zwrócić uwagę szerszych kół lekarzy, z których obecnie niejednemu w bliskiej może przyszłości przypadnie bliżej z higieną młodzieży się zetknąć, na broszurę, wydaną przez Dr Kaczorowskiego w r. z., a przeznaczoną do użytku młodzieży szkolnej w szkołach ludowych. Wprawdzie do dziś różnią się jeszcze zdania, czy lepiej jest elementarne przepisy higieniczne dawać dziatwie do ręki, zebrane osobno, czy też włączać je do czytanek szkolnych; jestto jednak zagadnienie więcej może pedagogiczne, a nadające się do roztrząsania dopiero po zebraniu większego materyału porównawczego, jakiego u nas jeszcze brak. Zostawiając je więc na boku, stwierdzić należy, że zadanie, jakie sobie zakreślił, rozwiązał autor wcale dobrze; książeczka zawiera istotnie to, co najważniejsze, w formie przystępnej, której drobne szczegóły nie będzie trudno w drugiem wydaniu jeszcze lepiej dostroić do pojęć młodocianych czytelników, a początkującym lekarzom szkolnym przydać się może to dziełko jako przykład, jak sobie z podawaniem dzieciom koniecznych wiadomości higienicznych radzić. Z.

Dr Ludolf Krehl. **Fizyologia patologiczna,** podręcznik dla studentów i lekarzy. Z piątego wydania niemieckiego przełożył Dr Jan Pruszyński, docent uniwersytetu lwowskiego. Warszawa 1911. Wydanie z zapomogi Kasy

im. Mianowskiego. (Skład główny w księgarni E. Wendego i Sp. Cena rb. 2).

Ustrój wszechnic niemieckich, nie mających osobnych katedr patologii ogólnej, jest zapewne przyczyną, iż nie wiele tam ukazuje się podręczników, poświęconych wyłącznie tej gałęzi nauki. Nowsze dzieła niemieckie w tym zakresie są przeważnie właściwie podręcznikami anatomii patologicznej ogólnej i często też noszą na sobie piętno przewagi strony morfologicznej. Temu zapewne zawdzięcza książka Krehla swoją poczytność, o której świadczą szybko po sobie następujące wydania, gdyż książka ta właśnie wyłamuje się z pospolitego, a niezadowalniającego typu. Niemniej ma ona swe wady, zwłaszcza, jeżeliby ją oceniać jako podręcznik dla słuchaczy medycyny. Wadą taką nie jest okoliczność, że autor jest klinicystą, gdyż nacisk, który mimowolnie zapewne padł przez to na stronę kliniczną, nie jest bez korzyści dla czytelnika. Natomiast za ujemną stronę dzieła Krehla poczytać wolno pominięcie lub zbyt treściwe traktowanie niektórych działów, które w podręczniku, a więc książce, mającej służyć do nauki, znaleźć się były powinny, oraz styl niezbyt łatwy i sposób przedstawienia rzeczy często obliczony raczej na lekarzy, panujących już nad całością przedmiotu.

Chcąc jednak wypełnić lukę, istniejącą u nas od czasu wydania tłómaczenia znakomitej, dziś wszakże przestarzałej książki Cohnheima, jakiemś dziełem tłómaczonem, prawie nie było wyboru. Tak więc przetłómaczenie dzieła Krehla było niewątpliwie rzeczą pożyteczną. Tłómaczenie, dokonane z przedostatniego wydania niemieckiego, jest naogół poprawne. Tłómacz widocznie starał się również o czystość mianownictwa, co mu się też prócz drobnych usterek powiodło. Pod względem typograficznym podnieść należy czysty i czytelny druk, a wytknąć niezupełnie zadowalniającą korektę i zbyt cienki papier. C.

Kalendarz lekarski krakowski na r. 1912. Na wezwanie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego ułożył Prof. Dr L. K. Gliński. (Rok XXI). Kraków 1911. Stron 472.

Odczucie konieczności swojskich wydawnictw podręcznych zamiast różnych obcych, do potrzeb lekarzy naszych niedopasowanych »Vademecum«, było źródłem szeregu przedsięwzięć, usiłujących wytworzyć i utrwalić typ kalendarza lekarskiego polskiego, któryby mógł skutecznie współzawodniczyć z kalendarzami cudzoziemskimi, zwłaszcza niemieckimi. Próby te podejmowano w różnych czasach i z różnem powodzeniem; wydawała więc kalendarze »Gazeta lekarska« (1870—1880), poczem jęły się tej żmudnej pracy jednostki; niejako w dalszym ciągu kalendarzy »Gazety« wydawał kalendarze lekarskie w Warszawie Rogowicz (1879—1888), Fritsche (1889—1891), Fruchtman i Polak. W Galicyi pierwszą próbę podjął A. Czyżewicz (1868), potem Grabowski i Janikowski (1880—1881), Stella-Sawicki (1883—1891); dopiero jednak starania Towarzystwa lekarskiego krakowskiego zdołały utrwalić byt kalendarza lekarskiego, który w r. z. ukończył dwudziestolecie wydawnictwa. »Habent sua fata libelli«; miał je i krakowski kalendarz, ale doprawdy szczęśliwą rękę miało krakowskie Towarzystwo, oddając go przed laty kilku w ręce obecnej redakcyi. W ciągu tych kilku lat uczyniono rzeczywiście wszystko, co potrzeba, aby kalendarz ten mógł wyprzeć bez szkody, a nawet z korzyścią dla odbiorców, podobne wydawnictwa obce. Już w r. z. mogła redakcya kalendarza uznać swoje zadanie w tym kierunku za skończone.

Obecnie, jak widać z edycyi tegorocznej, rozpoczyna się okres, w którym kalendarz krakowski wydawnictwom obcym nietylko dorównywać, ale je przewyższać zacznie. Objętość kalendarza w r. b. znowu znacznie wzrosła i doszła już bezmała półtysiąca stronic, a jednak, przez umiejętne urządzenie strony typograficznej przy zachowaniu całej jej wyrazistości i przejrzystości układu, oraz przez użycie doskonałego choć lekkiego papieru, pozostał kalendarz równie wygodnym, istotnie kieszonkowym, jak dawniej. Bardzo słusznie przywrócono w roczniku najnowszym »Spis środków lekarskich«, oczywiście poprawiony i uzupełniony najnowszymi lekami; wielką wygodą jest podanie w nim cen leków nietylko oficynalnych, lecz także nieoficynalnych. Zupełnie nowym działem są »Ważniejsze dane z fizyologii dziecka«, opracowane według tablic Prof. Pfaundlera z Gracu przez Dr Trenknera z Łodzi, dalej artykuł Prof. Krzyształowicza o leczeniu kiły salwarsanem, będący bardzo na czasie, w końcu »Uwagi praktyczne« z zakresu farmacyi, napisane przez mg. farm. F. Hibla, a zawierające rozdział o dodatku do lekospisu austryackiego, spis synonimów, tabelki zmiany wag, dane o zapisywaniu niektórych leków itp. Oczywiście »Podręcznik terapeutyczny«, już w r. z. gruntownie przerobiony, utrzymał się i w tym roku na wysokości zadania. Prócz tego pozostały w kalendarzu wszystkie zestawienia tabelaryczne najważniejszych dla lekarza danych, starannie skompletowane.

O informacyjnej części kalendarza da się powiedzieć w r. b. tosamo, co w zeszłym, że ścisłością przewyższa ona nawet publikacye urzędowe, podając np. w schematyzmie lekarzy szczegóły najświeższe, widocznie zbierane żmudnie z pierwszej ręki tuż przed drukiem kalendarza. Schematyzm ten jest co do zaboru austryackiego zupełny; tegoroczny kalendarz dodaje do tego jeszcze schematyzm instytucyi lekarskich w Królestwie Polskiem, za czem oby poszło w latach przyszłych zestawienie wszystkich wogóle polskich instytucyi i korporacyi lekarskich. Zresztą w obecnej postaci ma kalendarz krakowski i tak już prawie wszystkie dane, aby stać się kalendarzem, zaspokajającym potrzeby każdego lekarza-Polaka; uzupełnienie więc jego dalszymi schematyzmami samo się przez się nasuwa.

Na szczególne podniesienie zasługuje wreszcie bardzo staranna korekta. Z.

Kalendarz lekarski na r. 1912. Wydawnictwo Dr J. Polaka, Warszawa 1912. Stron 56 + 232.

O dobrym tym, a dawnym znajomym lekarzy naszych, zwłaszcza pracujących w zaborze rosyjskim, nakazuje obowiązek sprawozdawczy powiedzieć tylko to, co się w nim zmieniło. Nie wymaga więc omówienia część środkowa, która obejmuje tabele z dawkami leków i innemi podręcznemi lekarskiemi datami; ta część bowiem, już w poprzedniem wydaniu zredagowana przez redakcyę »Kalendarza lekarskiego krakowskiego« dla obydwóch wydawnictw, wszystkim dobrze jest znana. »Podręcznik terapeutyczny« kalendarza Dra Polaka zyskał w tym roku małe uzupełnienie, dodane na osobnych 4 stronnicach; byłoby może praktyczniej uzupełnienie to rozdzielić odpowiednio wśród tekstu. Część informacyjna, oprócz zmian, zależnych od przesiedlenia się, ubytku i przybytku lekarzy w Królestwie, została wzbogacona spisem członków Polskiego Związku lekarzy i przyrodników w Petersburgu, instytucyi lekarskich w Galicyi, lekarzy-Polaków w Niemczech i w Stanach Zjednoczonych Ameryki północnej. Mimo całego uznania dla myśli, aby w ten sposób wzajemnie informować lekarzy o kolegach-rodakach, pracujących poza Królestwem, nie można jednak zrozumieć, dlaczego zostały do kalendarza wprowadzone właśnie te, a nie inne grupy, a w każdym razie życzyć sobie trzeba przynajmniej, aby te informacye, jeżeli już mają być, były podane skrupulatniej, niż to się tym razem stało. Wszak byłoby kalendarzowi warszawskiemu łatwiej, niż innemu, zestawić lekarzy-Polaków w zaborze rosyjskim poza granicami Królestwa, zamiast np. podawać spis z Niemiec, który już został opracowany i wydany przez kolegów poznańskich, (od których go łatwo w razie potrzeby otrzymać), albo zamiast wymieniać tylko część lekarzy naszych w Ameryce, gdy w rzeczywistości pracuje ich tam według badań Dr Fronczaka, znacznie więcej. Zapewne dużo usprawiedliwiają i tłómaczą trudności techniczne. Mamy też nadzieję, że i co do wykazu władz i urządzeń sanitar-

nych w Galicyi w razie zatrzymania tego działu w roku przyszłym będzie on uważniej, niż obecnie, zestawiony i skorygowany,

Przyjaciele kalendarza Dr Polaka z uznaniem powitają dobrą szatę zewnętrzną tegorocznego kalendarza, wyraźny duch i praktyczny papier matowy, a lekki; należy się spodziewać, że tej szacie typograficznej odpowie też w przyszłości staranniejsza korekta, tym razem niejedno zostawiająca do życzenia, zarówno wśród znanych nawet nazwisk, wymienianych w części informacyjnej, jak i w części terapeutycznej (np. fellicularis, arhritis, blephartis, gangreana, croupsa, angisia, ecema, rermicularis i i.). Do błędów drukarskich też chyba zaliczyć należy, że Wydział lekarski we Lwowie składa się tylko z dziekana i prodziekana.

Wymieniamy te drobne zresztą usterki, aby ułatwić kalendarzowi uniknięcie ich na przyszłość; wartości kalendarza wiele one nie obniżają i nie są przeszkodą dla praktycznego użytku wydawnictwa, cieszącego się od lat szeregu wzięciem w szerokich kołach lekarskich. Z.

Piśmiennictwo bieżące.

Położnictwo i ginekologia.

Fries. **Doświadczenia z pituitryną.** (Münchener m. Wochenschrift. 1911, Nr 46). Opierając się na materyale swoim i na piśmiennictwie, poleca autor pituitrynę, jako środek, wywołujący i wzmacniający bóle porodowe. Pituitryna jest to wyciąg z przysadki mózgowej, a mianowicie z lejka (pars infundibularis), wyrabiany przez firmę Parke-Davis. Wprowadza się ją śródmięśniowo (w mm. pośladkowe) w ilości 1 cm^3. W razie potrzeby dawkę można powtórzyć. W przypadkach, gdzie były słabe bole porodowe, pituitryna działała natychmiast, wywołując rytmiczne skurcze macicy, o dobrem nasileniu, trwające czasami do $1^1/_2$ minuty. Działanie jej rozciągało się i na okres trzeci, sprawiając szybkie odklejanie się łożyska, brak objawów zwiotczenia mięśnia macicznego i silniejsze bóle poporodowe. Natomiast stosowana przy krwotokach poporodowych, pituitryna okazała się środkiem niepewnym i w tej dziedzinie nie potrafi wyrugować przetworów sporyszowych. Ubocznego szkodliwego wpływu czy to na stan matki, czy dziecka pituitryna nie wywiera. Ważnem jest pytanie, czy pituitryna może samodzielnie wywołać bóle porodowe, gdzie chodzi o przerwanie ciąży. Stosowana we wczesnych miesiącach okazała się dotąd bezskuteczną. Pod koniec zaś ciąży, kiedy mięsień maciczny jest już pobudliwszy, kilkakrotne wstrzyknięcie pituitryny wywoływało bóle porodowe. Autor sądzi, że pituitryna w wielu przypadkach wyruguje kleszcze nizkie, albo conajmniej stworzy dla nich korzystne warunki. A. Markowa.

B. Aschner i Chr. Grigorin. **Wpływ łożyska, płodu i jajnika na wydzielinę mleka.** (Arch. f. Gyn. t. 94, Z. 3). Autor przeprowadzał liczne doświadczenia na świnkach morskich, którym wstrzykiwał pod skórę grzbietu roztarte łożysko ludzkie. Zauważył przytem, że inne było działanie u świnek, które przechodziły już choćby raz okres laktacyi, a inne u tych, które jeszcze wogóle w ciąży nie były. I tak wywoływały wstrzykiwania łożyska u pierwszych już w 3—4. dniu wyraźną produkcyę siary, a z końcem pierwszego tygodnia obfitą wydzielinę mleczną. Podobny skutek miały także przesącze wyciągów łożyska wodnych, jakoteż alkoholowych, a wreszcie i takie wyciągi, które przed wstrzyknięciem gotowano przez 10 minut w ciepłocie wrzenia. Wyniki te przemawiały za tem, że działanie powyższych wstrzykiwań zupełnie nie jest swoiste. I istotnie przekonały autora dalsze wstrzykiwania różnych innych ciał, że u zwierząt, które już kiedyś przechodziły okres laktacyi, każdy silniejszy środek limfopędny (lymphagogum) (kwas nukleinowy, pepton), wstrzyknięty podskórnie, może wywołać ponowną obfitą produkcyę mleka. Zupełnie inaczej zachowywały się zwierzęta, które jeszcze nigdy nie były w ciąży. U nich wywoływały wydzielinę mleczną tylko substancye swoiste, a więc łożyskowe lub płodowe; doświadczenia z innemi substancyami (lymphagoga) wypadały zawsze ujemnie. Wodne wyciągi roztartego łożyska lub płodu wywoływały nietylko wydzielinę mleczną, ale i histologicznie stwierdzony przerost gruczołów mlecznych. Wyciągi łożyska lub płodu, w inny sposób przyrządzone, alkoholowe lub przez zagotowanie — nie miały już tak wybitnego działania i wywoływały tylko przekrwienie gruczołów i produkcyę siary, nigdy jednak mleka. Z tego wynika, że czynnik, wywołujący rozwój gruczołów mlecznych i produkcyę mleka, jest rozpuszczalny we wodzie, a przez zagotowanie lub alkohol zostaje zniszczony. Doświadczenia powyższe obalają twierdzenie niektórych autorów (Halban), jakoby tylko łożysko wywoływało produkcyę mleka bez współdziału płodu; zdaje się, że wpływ ma tu całe jaje płodowe, zarówno łożysko, jak i płód. Wstrzykiwania wyciągów jajnikowych wywoływały wprawdzie także produkcyę mleka, ale nie w tym stopniu, jak wyciągi łożyska lub płodu; w szczególności nie posiadają tej własności zupełnie ciałka żółte (corp. luteum), którym niektórzy (Fränkel) przypisują najważniejszą rolę w tworzeniu hormonów jajnikowych. Dalsze doświadczenia wykazały, że jajniki wogóle nie są konieczne przy tworzeniu mleka, gdyż nawet u osobników męzkich, którym wstrzyknięto wyciąg łożyska, zawsze następowało przekrwienie gruczołu i produkcya siary, a nawet mleka. Wątpliwem pozostaje w tych doświadczeniach, czy jądra nie działały tu w miejsce jajników, tem bardziej, że wstrzykiwania wyciągów jąder również wywoływały przekrwienie gruczołów mlecznych i siarę — ale nigdy nie wywoływały produkcyi mleka, ani rozrostu gruczołów, działały więc, ale nie swoiście, podobnie jak wyciągi innych narządów. E. Ehrenpreis.

A. Theilhaber. **Znaczenie jajników i mięśni macicy przy powstaniu i przebiegu krwawień macicznych.** (Arch. f. Gyn. t. 94, z. 3). Chodzi tu o silne, często powtarzające się krwawienia, przy których żadnych nowotworów, ani skaleczeń, ani też wogóle grubszych zmian anatomicznych macicy wykazać nie można (metrorrhagia essentialis). Co do przyczyny takich krwawień nie ma dotychczas zgody między autorami. Dawniej obwiniano przewlekłe zmiany w macicy, a szczególnie przekrwienie zawsze im towarzyszące, później przerost nieżytowo zmienionej śluzówki macicy. W ostatnich latach starano się udowodnić, ,że przyczyna tych krwawień wcale nie leży w macicy, lecz w jajnikach. Autor natomiast twierdzi, że krwawienia te przeważnie należy odnieść do niedostatecznych skurczów warstwy mięsnej macicy, do jej niedomogi, która ma być następstwem niestosunku między rozwojem mięśni i wypełnieniem krwią naczyń macicy. Niedomoga taka może powstać wskutek zmian anatomicznych przy t. zw. przewlekłem zapaleniu macicy, albo przy jej włóknistem zwyrodnieniu (myofibrosis), albo przy jej niedokształcie lub zaniku mięśniowym np. w przebiegu blednicy, chorób płucnych, porażeń i i. Niedomoga taka może jednak powstać czasem także przy zupełnie prawidłowym rozwoju mięśni macicy, ale bardzo silnem wypełnieniu naczyń krwionośnych, lub przy nieznacznych tylko zmianach mięśnia, ale bardzo znacznem przekrwieniu (np. atonia uteri post partum). Wszystkie środki tu używane działają też w ten sposób, że albo wywołują skurcze macicy (sporysz, gorące lub zimne przestrzykiwania pochwy), albo zmniejszają przekrwienie przez swe działanie na naczynia (styptol, styptycyna, gorzknik). Wpływ jajników, wzgl. zmian w jajnikach na powstanie krwawień macicznych autor w przeważającej liczbie przypadków odrzuca. Prawdą jest, że hormony jajnikowe wywołują zwykle przekrwienie i początek krwawień miesięcznych, ustanie ich zależy jednak najczęściej od działania mięśnia macicy. Jeżeli działanie to nie jest dostateczne,

a więc skurcze macicy nie są dość silne, wówczas krwawienie się przedłuża lub nawet — przy silnem przekrwieniu — wzmaga. Zwolennicy teoryi o jajnikowem pochodzeniu krwawień opierają się na różnych zmianach, jakie znajdowali w jajnikach. Autor przeciwstawia temu przypadki krwawień, gdzie jajników wogóle nie było i sądzi, że znaczenie zmian jajnikowych, a szczególnie ich torbielkowego zwyrodnienia i powiększenia jest bardzo względne i zależy od okresu życia płciowego kobiety, jakoteż od jej t. zw. konstytucyi płciowej, lub od zmian chorobowych, które wywołują zaburzenia także w innych narządach miednicy i wywołują równocześnie przekrwienie macicy.

E. Ehrenpreis.

B. Schweitzer. **W sprawie leczenia łożyska przodującego.** (Arch. f. Gyn. t 94, z. III). Praca ta opiera się na 100 przypadkach (35 razy zupełnie i 65 razy częściowo) przodującego łożyska. Śmiertelność matek 5·05% (4 razy śmierć z krwotoku, raz posocznica), a chorobliwość w połogu 25·5%. Dzieci urodziło się 104 (4 razy bliźnięta), żywych 67, a nieżywych 37, czyli śmiertelność wynosiła 35·5%; klinikę opuściło żywych dzieci 50 = 48%, a uwzględniwszy tylko dzieci zdolne do życia 63·3%, wynik więc jest bardzo zadowalniający. Z zabiegów rozwiązujących stosowano najczęściej obrót skombinowany według Braxtona-Hicksa (30 razy) i balon maciczny (39 razy). Przy obrocie ograniczono się w połowie przypadków tylko do ściągnięcia nóżki, którą lekko obciążano, poczem urodzenie się płodu zostawiano siłom natury; w drugiej połowie przypadków wyciągnięto płód odrazu po obrocie, naturalnie pomału i ostrożnie. Mimo to w 7 z tych przypadków powstały pęknięcia szyjki, które musiano zeszywać. Śmiertelność matek = 3·3%, płodów 68·8%. Przy stosowaniu balonów do macicy, używano najczęściej balonów twardych (Müller, Stiefenhofer), przy których krwawienie ustawało, natomiast przy miękkich (Braun) nie zawsze. Po 6 godzinach działania balonu kanał szyjki był już zwykle dostatecznie otwarty; gdzie zaś balon musiał dłużej leżeć, zmieniano go ze względu na niebezpieczeństwo zakażenia. Po wyjęciu balonu wykonano 34 razy obrót, tylko 5 razy można było czekać na poród samorodny, gdyż przez ucisk główki płodu na łożysko krwawienie było nieznaczne. Utrata krwi przy tej metodzie leczniczej była prawie 2 razy większa, aniżeli przy obrocie skombinowanym (680:335 cm), a 5 razy wynosiła przeszło 1000 cm^3. Śmiertelność matek wynosiła 2·6%, płodów 12·2%, a uwzględniwszy tylko płody zdolne do życia 4·8%, śmiertelność więc bardzo nizka. Omawiając krytycznie obie metody lecznicze, dochodzi autor do wniosku, że obrót skombinowany należy uważać jako zabieg dla matki korzystniejszy; składa się on bowiem z jednego tylko zabiegu i pociąga za sobą mniejszą utratę krwi. Z tych też powodów jest szczególnie wskazany przy złym stanie matki. Dla dziecka jest rokowanie przy tym zabiegu złe, szczególnie, jeżeli po obrocie wyczekuje się — również w interesie matki — na dobrowolne wydalenie płodu. Z tego też powodu zabieg ten jest szczególnie wskazany przy płodzie nieżywym lub niezdolnym do życia. Stosowanie balonu daje natomiast znakomite wyniki dla płodów. Dla matki jest to zabieg stanowczo cięższy; składa się bowiem z 2 zabiegów (włożenie balonu i obrót), wywołuje znaczne czasem krwawienie już przy samem włożeniu balonu do macicy, łatwiej wywołuje zakażenie, wymaga pewnej wprawy i zmusza także lekarza do stałego przebywania przy rodzącej. Z tych powodów nie podziela autor wielkiego entuzyazmu innych położników, którzy zabieg ten stawiają wyżej, aniżeli obrót skombinowany i poleca stosowanie balonu tylko tam, gdzie stan matki jest zupełnie dobry i dziecko zdolne do życia i napewno żywe. Do innych metod leczniczych należy jeszcze przebicie pęcherza płodowego, zabieg, wystarczający często przy łożysku częściowo przodującem i cięcie cesarskie klasyczne przy zupełnie utrzymanej szyjce macicy, płodzie żywym i zdolnym do życia, braku bolów a groźnem krwawieniu. Cięcie cesarskie pochwowe nie jest polecenia godne. Autor zwraca jeszcze uwagę na dość częste krwawienia poporodowe w przypadkach łożyska przodującego, czasem tak groźne, że jako jedyny zabieg ratujący pozostaje całkowite wyjęcie macicy. Do środków zachowawczych należą gorące przestrzykiwania macicy i tamponowanie gazą, napojoną alkoholem lub rozczynem ałunu. E. Ehrenpreis.

Laryngologia i otyatrya.

Hölscher. **Przypadek twardzieli wyleczony salwarsanem.** (Archiw Fränkla, t. XXV, str. 526). U osobnika młodego, 25 lat liczącego, u którego znaleziono jakieś rozległe zmiany na prawej małżowinie nosowej dolnej, w krtani i w tchawicy z utrudnieniem oddychania, rozpoznaje autor bez podania opisu bliższego, twardziel, zadowalniając się zaprzeczeniem zakażenia kiłowego i wynikiem ujemnym odczynu Wassermanna, usuwa zmiany na małżowinie nosowej operacyjnie, a nadto wstrzykuje na próbę wśródżylnie 0·40 salwarsanu. Skutek co do gojenia się zmian w nosie nadzwyczajny, mniej widoczny w krtani i w tchawicy. Chory usuwa się na razie od obserwacyi, a gdy przedstawił się autorowi po kilku tygodniach, nie znaleziono nigdzie ani śladu z jakichkolwiek zmian poprzednich. (Szkoda, że autor, tak pochopny do rozpoznania twardzieli w swym przypadku, nie zbadał bakteryologicznie czy histologicznie kawałków usuniętych z nosa, przynajmniej o tem nie wspomina, by utwierdzić swe rozpoznanie dostrzeżonych zmian, które wobec nadzwyczajnego skutku salwarsanu możnaby za zmiany kiłowe uważać. Sprawozdawca przypomina sobie inny przypadek, gdzie autor opisuje rozległe zmiany toczniowe w górnych drogach oddechowych, opierające się różnym zabiegom leczniczym, które ustąpiły zupełnie w krótkim czasie mimo ujemnego odczynu Wassermanna, po wstrzyknięciu salwarsanu. Czyżby w tym i poprzednim przypadku nie należało raczej myśleć o pomyłce w rozpoznaniu, mając właśnie potwierdzenie pomyłki w nadzwyczajnym skutku salwarsanu, który przecież prawie bez wyjątku w zmianach późnego okresu działa tak efektownie. I sprawozdawcy znane są z osobistego doświadczenia przypadki, gdzie zmiany, rozpoznane klinicznie jako toczeń lub gruźlica w górnych drogach oddechowych, wyleczyły się przy zastosowaniu leczenia przeciwkiłowego; tem rychlej i efektowniej nastąpić to może przy salwarsanie. Twardziel jednak należy do tych cierpień, gdzie rozpoznanie już z klinicznego badania chyba wyjątkowo natrafi na niepewność, a zresztą w badaniu bakteryologicznem tkanki da się uzyskać dowód niezbity. Lubo Hölscher zachęca do wstrzykiwań salwarsanu w twardzieli, przecież w przypadkach krytycznie stwierdzonych, chyba nie znajdzie towarzyszy równie szczęśliwych i zadowolonych z wyniku. Może przy dodatnim odczynie Wassermanna, mimo pewności kliniczno-bakteryologicznej, usprawiedliwione byłoby wstrzyknięcie salwarsanu, jeżeli się nie wyklucza możliwości istnienia obok siebie zmian dwóch różnych zakażeń; może liczyćby można wtedy na zwiększenie odporności ustroju przez zwalczenie bodaj jednego z zakażeń, a wtedy spodziewaćby się można poprawy, ale nigdy ustąpienia zmian bez śladu. Wiemy zresztą, iż jak dodatni odczyn Wassermanna przemawia bardzo za kiłową przyrodą zmian, tak znów ujemny nie wyklucza kiły.—Przypisek sprawozdawcy). A. B.

Kubo. **Zwężenie tchawicy i przełyku z powodu ropnia opadowego przy próchnieniu kręgów.** (Archiw Fränkla, t. XXV, str. 506). Przypadek zajmujący dlatego, iż zabiegami wykonanymi z pomocą ezofagoskopu, mianowicie kilkakrotnem nakłuciem i wyciągnięciem ropy, udało się bez większego zabiegu chorego uleczyć, chociaż autor zmuszony był także do wykonania przecięcia tchawicy, głównie, by przez umożliwienie swobodnego oddychania módz dokończyć zabiegów od strony przełyku. A. B.

Schmiegelow. **Leczenie zwężeń krtani i tchawicy drenem na stałe z przymocowaniem poprzeczno-krtaniowem.** (Archiw Frankla, tom XXV, str. 512). Jako materyał do zostawienia na stałe przez dłuższy czas w celu usunięcia zwężenia zaleca autor dren (oddawna już na rurce spiralnej używany przez Pieniążka), jak najgrubszy, a o świetle jak najszerszem, który ma tę zaletę, iż tkankę bliznowatą doprowadza do zaniku, a nie przeszkadza tworzeniu się wyściółki nabłonkowej. Dren musi być odpowiedniej długości, by w obu kierunkach na długość przechodził dokładnie miejsce zwężone, a w każdym razie nie powinien za wysoko wystawać z krtani, by pokarmy przy przełykaniu nie wpadały do drenu, względnie do tchawicy. Założony dren po rozcięciu krtani względnie i tchawicy i usunięciu części zwężających światło krtani czy tchawicy, przymocowuje autor drutem srebrnym, przeprowadzonym na poprzek przez krtań i zostawia najczęściej chorego bez kaniuli, lub też umieszcza kaniulę daleko poniżej okolicy zwężenia. Dren, w ten sposób poprzecznym sposobem krtaniowym przymocowany, pozostaje długi czas, ewentualnie przez kilka miesięcy, a gdy po usunięciu drenu, zwężenie okazuje się jeszcze niedostatecznie rozszerzone, zakładamy dren ponownie, przymocowując go w ten sam sposób, aż do trwałego usunięcia zwężenia. A. B.

Grabower. **Przyczynek kliniczny do czynności mięśnia tarczowo-obrączkowego.** (Archiw Fränkla, tom XXV, str. 479). Zjawisko doświadczalne, iż po przecięciu nerwu zwrotnego struna głosowa z pozycyi pośredniej przechodzi na pewien czas do pozycyi środkowej, przemawiające za przykurczeniem mięśnia tarczowo-obrączkowego (thyreocricoideus), stwierdził autor w dwóch przypadkach klinicznie z okazyi przecięcia nerwu zwrotnego przy wyłuszczeniu wola. Inny przypadek z przyczyny ucisku przez wól, gdzie początkowo istniejące z jednej a potem z drugiej strony zupełne porażenie nerwu zwrotnego przeszło po usunięciu ucisku w trwałe porażenie obustronne rozwieracza, zachęcił autora do zalecenia przecięcia po jednej stronie gałązki ruchowej nerwu krtaniowego górnego. Skutek co do rozszerzenia szpary głośniowej, a przemawiający za przykurczeniem wspomnianego mięśnia, był tak znaczny, iż w przypadku tym usunąć było można kaniulę, gdyż oddech przy zastosowaniu się do mniejszej ilości powietrza był wystarczający i głos nie ucierpiał. Przypadek Grabowera powinien znaleźć naśladowcę, któryby przy obustronnem porażeniu rozwieracza spróbował przecięcia ruchowej gałązki nerwu krtaniowego górnego jednej strony, by chorego uwolnić od noszenia kaniuli, względnie spróbować tej nowej drogi, aby zapobiedz wykonaniu z konieczności przecięcia tchawicy. Wiemy, iż próby uzyskania rozszerzenia szpary głośniowej w przypadku obustronnego porażenia rozwieracza przez wycięcie jednej ze strun głosowych nie wystarczały, by uwolnić chorego od noszenia kaniuli. A. B.

Prof. Nikitin. **Wyrośle adenoidalne, wskazania i sposoby ich usunięcia, powikłania w czasie operacyi.** (Prakt. Wracz 1911, Nr 33—35). Autor operuje zwykle łyżeczką Bekmana, kończąc operacyę kleszczami Steina najczęściej bez żadnego znieczulenia; czasem tylko stosuje znieczulenie miejscowe, a bardzo rzadko (u małych dzieci) odurzenie brom-etylowe. Co się tyczy wskazań do operacyi, to zdaniem N. operacya jest wskazana, skoro tylko stwierdzi się obecność wyrośli, bezwarunkowo konieczna zaś jest, jeżeli się spostrzega u dziecka jakiekolwiek oznaki choroby uszu. Przypadki wyleczenia bez operacyi spostrzega się tylko u starszych dzieci w wieku blizkim pokwitania, kiedy i rozmiary jamy nosowogardłowej zwiększają się. N. wykonał 1900 operacyi i ani razu nie spostrzegał ważnych powikłań; stan gorączkowy trwa zwykle po operacyi 1—2 dni i bywa nie wyższy ponad 38°. Zapalenie ucha środkowego powinno być uważane za następstwo przemywania jamy nosowogardłowej rozczynami wodnymi. N. takiego powikłania nie spostrzegał ani razu, być może dlatego, że nie stosował przemywań. Dość często bywa gorączka z powodu mieszkowego zapalenia migdałków, które widocznie rozwijało się, jako następstwo zakażenia pola operacyjnego; również tem się tłómaczy pooperacyjne skrzywienie szyi. Na 1936 przypadków wyrośli adenoidalnych, operowanych w poliklinice autora, ani razu nie spostrzegano znacznego krwotoku, lekki stan gorączkowy był w 9%, lekkie zapalenie mieszkowe migdałków w 4%, nawroty w 2%.
T. Makowski.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Wydział lekarski Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu.

Zebranie z dnia 22. IX. 1911 r.

1) Wiceprezes kol. Łazarewicz wita kolegów po wakacyach i wyraża nadzieję, że w zimowem półroczu z większą gorliwością podejmą prace Wydziału, tem więcej, że Zjazd lekarski w Krakowie dodał nowej otuchy, nowego bodźca do pracy. Wspomina zmarłych kolegów ś. p. Dr Karczewskiego z Kowanówka i Dr Robowskiego z Czerniejewa, których pamięć uczczono przez powstanie. Podnosi dalej zasługi ś. p. Dr Stella-Sawickiego i przedstawia Pamiętnik Zjazdu lekarzy prowincyonalnych w Łodzi.

2) Kol. Gantkowski zdaje sprawę z ostatniego Zjazdu lekarzy i przyrodników w Krakowie. Mimo niektórych dysonansów, jak np. usunięcia sekcyi dermatologicznej, Zjazd pozostawił wrażenie nader podniosłe. Także Wystawa balneologiczna pokazała nam, jakie bogactwo tkwi w naszej ziemi. Zebranie dziękuje prelegentowi, kol. Święcicki całemu komitetowi miejscowemu za umiejętne przygotowanie wycieczki wielkopolskich kolegów na Zjazd.

3) Po omówieniu pewnej sprawy koleżeńskiej, postanawia zebranie wybrać do Izby lekarskiej tych samych członków. Walne zebranie naznacza się na koniec października, wiadomość zaś, podaną przez kol. Mieczkowskiego, że na zebranie to gotów przybyć Prof. Kryński z Warszawy, Wydział przyjmuje z radością.

Poruczoną przez kol. Jarnatowskiego sprawę zwracania kosztów podróży delegatom Wydziału na Zjazdy i t. p. postanowiono na wniosek kol. Karwowskiego uregulować w ten sposób, że się podwyższy wkładkę członków Wydziału, by mieć odpowiednie fundusze, a nie ściągać kosztów w poszczególnych przypadkach.

3) Kol. Łazarewicz przedstawia **wyciąg z przysadki,** który stosował **przy osłabieniu bólów porodowych** z nadzwyczajnym skutkiem. Lek ten pierwszy u kobiet stosował Hofbauer w Królewcu.

5) Kol. Karwowski ofiaruje w imieniu Tow. higienicznego bibliotece Wydziału 18 tomów czasopism lekarskich, które otrzymał dla Tow. higienicznego od brata zmarłego kolegi ś. p. Koniecznego.

6) Kol. Święcicki zapytuje o zapatrywanie kolegów, czy można zalecić jednemu z kolegów osiedlenie się w wodach Alt-Heide na Śląsku. Z dyskusyi wynika, że wody te mają wielką przyszłość, a zdrowe powietrze każe je wyżej stawiać od Kudowy. Dr Adam Karwowski.

†

Dr Wiktor Opolski.

Zmarł jeden z ostatnich lekarzy polskich, którzy byli nietylko świadkami, ale i uczestnikami ostatniego wielkiego narodowego porywu. Wielu pozostawiła ta epoka rozbitków i wykolejonych; ale wielu też zahartowała duchowo, i ci, jakby z niej czerpiąc niegasnący zapał, jakby chcąc innym sposobem przygotować tę przyszłość, której nie zdołali wywalczyć orężnie, przez całe poźniejsze życie przodowali społeczeństwu pracowitością, wytrwałością i gorliwą służbą dla kraju. Takim też był ś. p. Opolski i dlatego otaczała go nietylko aureola bohaterstwa lat młodych, ale cześć i głęboki szacunek, które sobie zdobył wraz z wielką popularnością wśród najszerszych sfer mieszkańców Lwowa.

Przez życie zrazu ciężko przyszło mu się przebijać. Urodzony w Ustrzykach, jako syn nizkiego urzędnika, obarczonego jedenaściorgiem dzieci, musiał ś. p. Opolski od lat już chłopięcych sam zdobywać środki na swe utrzymanie i wykształcenie. Ale żelazna jego wola zdołała pokonać wszelkie przeszkody; lekcyami zarabiał w szkołach na książki i zeszyty, dla rozpoczęcia studyów lekarskich w Wiedniu przymierał z głodu, mieszkał kątem wśród czeladzi rzemieślniczej. Ze środka studyów w tak trudnych warunkach, wyrwało go hasło powstania 1863 r. Zrazu działał jako setnik organizacyi werbowniczej pod naczelnictwem Kurowskiego, potem, na trzecim kursie kliniki chirurgicznej, mianowany przez rząd narodowy lekarzem polowym, pospieszył na pole walki; uczestniczył w 14 potyczkach (pod Igołomią, Panasówką, Batorzem, Chełmem, Malinówką, w Nowych Stawach, Szwajcarach, Momstach i i.) pod dowództwem Tatery (Tańskiego), Ćwieka (Cieszkowskiego), Lelewela (Borelowskiego), który na jego ręku skonał wśród bitwy pod Batorzem. Po upadku powstania kontynuował ś. p. Opolski studya w Krakowie, gdzie przez lat kilka był asystentem przy katedrze botaniki, a w r. 1867 uzyskał dyplom doktorski na Wydziale lekarskim. W r. 1868 został lekarzem pomocniczym w krajowym szpitalu powszechnym we Lwowie, a już w 4 lata później, odznaczywszy się zdolnościami i wiedzą, otrzymał stanowisko prymaryusza oddziału chorób wewnętrznych. Na stanowisku tem pracował nieznużenie przez lat 37, przez długi czas dzierżąc wśród lekarzy chorób wewnętrznych we Lwowie miejsce naczelne i ciesząc się niezmierną wziętością i zaufaniem chorych. Na oddziale jego wykształcił się pod jego okiem liczny szereg dzielnych specyalistów. W r. 1910 ustąpił ze stanowiska prymaryusza, uroczyście żegnany przez towarzyszy pracy.

Wśród kolegów miał mir powszechny i przez długi szereg lat wybierany był wiceprezesem Rady zawiadowczej Towarzystwa lekarzy galicyjskich. Na szerszem polu pracował w Krajowej Radzie Zdrowia, do której wcześnie powołany, piastował urząd jej członka przez lat 32; w wielu sprawach sanitarnych zasięgał jego zdania Wydział krajowy, powołując go do licznych ankiet i komisyi, wysyłając kilkakrotnie zagranicę dla poczynienia studyów i badań.

Działalność piśmiennicza ś. p. Opolskiego dotyczyła dwu głównie gałęzi: medycyny wewnętrznej i higieny publicznej. W pierwszym z tych zakresów, nie porzucając pióra nawet w ostatnich latach życia, ogłosił m. i.: »Opis przypadku śpiączki długotrwałej« (Przegląd lekarski 1880), »W sprawie leczenia gruźlicy« (Przegląd lekarski 1890), »Studyum o upuście krwi przy zapaleniu płuc« (Tygodnik lek. 1906), »Przypadek ołowicy« (tamże 1907), »Skaza krwotoczna« (tamże 1908), »Myokerosis angiotica haemorrhagica, nowa postać skazy krwotocznej« (tamże 1909); w zakresie higieny publicznej zaś publikował swe referaty, przedstawione Kraj. Radzie Zdrowia, m. i. kilka rozpraw dotyczących usuwania nieczystości (Dwutygodnik med. publ. 1878) i w sprawie budowy schroniska dla 500 umysłowo chorych (Przegląd lekarski 1902).

Zmarł 1 grudnia b. r., żegnany powszechnym żalem, którego wyrazem był olbrzymi kondukt żałobny i serdeczne przemówienia pogrzebowe: p. Bronisława Dulęby od starych towa-

rzyszy broni, Prof. dr Sieradzkiego od Towarzystw lekarskich i prym. Dr Widolda Ziembickiego imieniem szpitala lwowskiego.

Cześć Jego pamięci!

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło w d. 6. XII. b. r. posiedzenie, na którem Dr Radwańska przedstawiła preparat operacyjny z kliniki położn., Dr Warzeszkiewicz preparat z kliniki chir., a Prof. Gliński i Prof. Ciechanowski przedstawili okazy anatomopatologiczne. Prof. Cybulski i Dr Surzycki przedstawili rzecz p. t.: »Objawy elektrokardyograficzne przy pericarditis exsudativa«, a Dr Janiszewski przemawiał w sprawie udziału lekarzy w komisyi państwowej dla reformy administracyi. W dyskusyach zabierali głos Dr Blassberg, Prof. Ciechanowski, Prof. Gliński i Dr Jendl-Sausenhofen.

— Dyplom doktorski uzyskali pp. Ludwik Janczarski, rodem z Józówki w Rosyi i Zygmunt Aleksander Schinzel ze Słupca w Król. polskiem.

— Wiadomość o postępach budowy krajowego zakładu dla umysłowo chorych w Kobierzynie pod Krakowem, podana w poprzednim numerze, wymaga w kilku szczegółach uzupełnienia i sprostowania. Z 40 budynków zakładowych, rozpoczętych w r. z., połowa jest już pod dachem, nadto wykonano większość robót melioracyjnych, odpływy deszczowe, użytkowe, dreny i kanał przechodowy na przeprowadzenie rur wodociągu, ogrzewania centralnego i przewodów elektrycznych. W roku przyszłym ukończone zostaną roboty murarskie i wykończenie wewnętrzne budynków w tym roku rozpoczętych i staną 4 niezaczęte jeszcze gmachy (kuchnie, pralnie, kaplica i dom zabaw), dalej wykonane zostaną urządzenia mechaniczne, ogrzewanie centralne, wodociągi, wentylacya, kolejki, zbudowany zostanie dojazdowy tor kolejowy i drogi wewnętrzne, oraz założony zostanie ogród.

Podana przez dzienniki wiadomość o rzekomym wydatku 14 milionów koron jest z gruntu błędna; w rzeczywistości z uchwalonych przez Sejm 7 milionów nie wydano jeszcze nawet $2^1/_4$ miliona i gdyby nawet kosztorys został o dziesiątą część przekroczony (co jest nieprawdopodobne), to koszt jednego łóżka wyniesie niewiele więcej, niż w nowym szpitalu zakaźnym we Lwowie, chociaż grunt pod ten szpital ofiarowało miasto bezpłatnie, a pod zakład kobierzyński musiano grunt zakupić i chociaż w Kobierzynie będzie szereg budowli takich, jak folwark, dom zabaw dla chorych i t. p.

— Oddawna nie pojawiło się w naszem piśmiennictwie żadne dziełko oryginalne o pielęgnowaniu chorych. Obecnie, jak dowiadujemy się z dzienników, wyszła nakładem lwowskiej księgarni Gubrynowicza i Schmidta książka Dr Józefa Starzewskiego, dyrektora szpitala lwowskiego p. t.: »Pielęgnowanie chorych« (stron XXIV i 283).

— »Biblioteka słuchaczów medycyny Wszechnicy lwowskiej« liczyła w r. 1910/11 (ósmym swego istnienia) 3 członków założycieli, 15 wspierających i 210 zwyczajnych, miała 1877·44 k. dochodu i 571·48 k. funduszu żelaznego, 1804 dzieł i roczników czasopism lekarskich, z których wypożyczono 371. Urządzono 6 »luźnych odczytów z dziedziny higieny«, które wygłosili profesorowie i docenci Wydziału lekarskiego, oraz repetitorya dla studentów z fizyki, anatomii i fizyologii.

— Księgozbiór po ś. p. Dr Justynie Karlińskim jest za bardzo nizką cenę do nabycia. Wiadomość w Redakcyi »Przeglądu lekarskiego« (Collegium medicum).

Warszawa. Towarzystwo naukowe warszawskie otrzymuje w dalszym ciągu obfite dary, poczęści z przeznaczeniem na Instytut biologiczny. I tak p. Stanisława Kropiwnicka ofiarowała 10,000 rubli, jako dar im. ś. p. Witolda Kropiwnickiego, p. Wł. Kiślański 1000 rb., doc. Dr Janowski 150 rb. na wydawnictwa Wydziału III, Dr Dmochowski mikroskop Zeissa, a Dr Zurakowski mikroskop Hartnacka. Ogółem dary dochodzą już do kwoty ćwierć miliona rubli.

Z różnych stron. Dr E. F. Fronczak, naczelny lekarz m. Buffalo, został po ukończeniu dwuletniego okresu urzędowania, ponownie na lat pięć wybrany na to stanowisko.

— 1272 uczniów szkół średnich w Austryi badał Wolfer pod względem stanu uzębienia i znalazł wprost przerażające stosunki, bo prawie każdy uczeń miał zęby zepsute. Również i inni badacze znaleźli u dzieci szkolnych uzębienie w bardzo złym stanie, np. na Węgrzech 87%, w Niemczech 98%, w Szwajcaryi 94%. Wolfer proponuje, by walczyć z tem złem w szkołach, a prócz tego i w wojsku, pouczając odpowiednio żołnierzy, dając im szczoteczki i proszek do zębów, a co główna, badając uzębienie żołnierzy dwa razy rocznie i zepsute zęby plombując, a nie wyrywając, jak się to często obecnie czyni. Klęsk.

Mianowani: Asystentem przy katedrze patologii w Krakowie p. A. Maciesza.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 13. grudnia 1911 o godzinie 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: 1) Dr Parturier z Paryża (jako gość): O zdrojowiskach francuskich i niemieckich. 2) Wybory Zarządu Towarzystwa na rok 1912.